FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1922-1923. 2e Série. N° 235.

De la Grossesse et de l'Accouchement chez les Primipares âgées

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MEDECINE »

PAR

TENENBAUM, Henryk

Né le 27 avril 1893, à Lublin (Pologne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRUHINSHOLZ, professeur.....	*Président.*
MACÉ, professeur	*Juges.*
FAIRISE, agrégé.....	
JOB, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—

1923

FACULTÉ DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

1922-1923. **2e Série.** **N° 235.**

De la Grossesse et de l'Accouchement chez les Primipares âgées

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MEDECINE »

PAR

TENENBAUM, Henryk

Né le 27 avril 1893, à Lublin (Pologne)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRUHINSHOLZ, professeur....	*Président.*
MACÉ, professeur	*Juges.*
FAIRISE, agrégé	
JOB, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—

1923

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✲, I ✪.
Assesseur : E. SIMON, ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✲, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; HERRGOTT, O ✲, I ✪ ; WEISS, O ✲, I ✪.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie	L. GARNIER, I ✪.
Hygiène	E. MACÉ, ✲, I ✪.
Physiologie	E. MEYER, O ✲, I ✪.
Clinique médicale	E. SIMON, ✲, I ✪.
Histoire naturelle médicale	P. VUILLEMIN, I ✪.
Médecine légale	P. PARISOT, O ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	P. HAUSHALTER, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	L. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	G. ETIENNE, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	A. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	R. FRŒLICH, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, ✲, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.
Histologie	R. COLLIN, ✲, I ✪.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✲, I ✪.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	P. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	P. ANDRÉ, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	G. MICHEL, ✲, I ✪.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards	L. RICHON, ✲, I ✪, agrégé libre.
Pathologie interne	L. RICHON, ✲, I ✪, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique)	S. REMY, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, ✲, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, O ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, O ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	A. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	L. CAUSSADE, A ✪, agrégé.
Clinique ophtalmologique	P. JEANDELIZE, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	R. LALANNE, I ✪.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. BARTHÉLEMY, ✲, I ✪, agrégé.
Cours d'hydrologie	M. PERRIN, ✲, I ✪, agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, ✲, I ✪, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	N.

Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I ✪.	MM. J. PARISOT, O ✲, I ✪.	MM. P. JEANDELIZE, A ✪.
A. BINET, I ✪.	C. FAIRISE, A ✪.	L. CAUSSADE, A ✪.
M. PERRIN, ✲, I ✪.	P. MATHIEU, A ✪.	M. BARTHÉLEMY, ✲, I ✪.
G. THIRY, ✲, I ✪.	L. JOB, ✲, I ✪.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✲, I ✪ ; G. GROSS, ✲, I ✪ ; RICHON, ✲, I ✪ ; S. REMY, I ✪ ; BUSQUET, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire honoraire.

---

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE
BIEN-AIMÉS

Nous dédions ce modeste travail, faible témoignage de notre tendre affection et de notre respect, ne pouvant oublier le dévouement qu'ils ne cessent de nous prodiguer.

A MA SŒUR
A MES FRÈRES
A MON BEAU-FRÈRE

Témoignage sincère d'affection et de dévouement.

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur FRUHINSHOLZ

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

M. le professeur MACÉ

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. le professeur agrégé FAIRISE

A MON MAITRE

M. le professeur JOB

Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'exposé de ce modeste travail, nous sommes heureux du devoir qui nous incombe d'adresser notre plus vive reconnaissance, tout d'abord à la France glorieuse qui nous a accueilli généreusement comme son enfant et qui nous a prodigué les sources si riches de sa civilisation et de sa culture. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à l'appeler notre seconde Patrie, tant aimée par nous et admirée par toute l'humanité civilisée.

Notre gratitude va ensuite vers tous ceux qui ont contribué à notre formation professionnelle.

Tout d'abord, nous tenons à adresser à M. le professeur Fruhinsholz l'hommage de notre plus vive reconnaissance, pour la façon cordiale avec laquelle il nous a reçu dans son service pendant notre stage à la Maternité de Nancy, et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous manifester. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de ce travail, nous a guidé de ses conseils au cours de la confection de cette thèse inaugurale, et nous a fait un honneur en acceptant la présidence. Pendant notre stage, nous avons eu l'occasion d'admirer ses leçons cliniques,

si claires et si vivantes, qu'elles seront toujours pour nous un guide précieux dans notre carrière. Nous lui adressons l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous ne saurions oublier notre maître, M. le professeur Macé; c'est grâce à sa bienveillance, pendant les durs moments de nos études, que nous avons pu arriver à la fin de celles-ci. Nous lui exprimons ici notre profonde gratitude. Qu'il daigne agréer le tribut de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de juger notre thèse inaugurale.

Nous remercions également MM. les professeurs agrégés Fairise et Job, qui ont bien voulu nous faire également l'honneur de juger notre thèse.

Nous n'oublions non plus tous nos maîtres, qui ont contribué à notre instruction médicale; qu'ils veuillent bien recevoir l'assurance de notre profonde reconnaissance, pour le précieux enseignement qu'ils nous ont donné lors de notre séjour au milieu d'eux.

Nous garderons le meilleur souvenir de nos camarades d'études qui, par leur entrain et leur gaieté, nous ont rendu plus facile la tâche quotidienne et plus supportable notre isolement.

INTRODUCTION

HISTORIQUE

La question de la grossesse et surtout de l'accouchement, chez les primipares âgées, a intéressé les auteurs depuis le Ier siècle (Soranus d'Ephèse) jusqu'à nos jours, en passant par des pessimistes tels que Avicenne (Xe siècle), Mauriceau (XVIIe siècle) et les compilateurs de la Renaissance, avec leur phrase connue : *Mulieres aunis confectæ... mulier post aunum quintum et vigesimum primo concipieus... mulier nimis annosa, ut cum excessit 40 annos... mulier annosior... senescentes mulieres difficillimè pariunt.*

Mauriceau a fait même un aphorisme classique sur l'accouchement chez les primipares âgées : « Les difficultés qui se rencontrent aux accouchements arrivent de la part de la mère, si elle est trop vieille étant grosse de son premier enfant; d'autant que, pour lors, les parties qui sont trop sèches et plus dures ne peuvent prêter à la dilatation nécessaire; et, outre cela, les vieilles ont l'articulation du coccyx ou croupion plus fermée ». En résumé, Mauriceau est d'avis que chez les primipares âgées : 1° le travail est plus long; 2° la mère est plus exposée à l'éclamp-

sie; 3° la proportion des garçons est plus forte que celle des filles; 4° le poids des enfants dépasse la normale, et 5° la mortalité des enfants dépasse la normale.

Tandis que Dionis s'exprime sous une forme un peu artistique : « Si l'on prend deux peaux de brebis, savoir d'une jeune et d'une vieille, et que l'on en fasse des gants, ceux qui seront faits de la peau de la jeune brebis se ganteront aisément et s'accommoderont à la grosseur de la main; mais ceux qui seront faits de la peau de la vieille auront de la peine à se ganter, parce que les fibres étant plus dures et plus desséchées ne pourront point s'étendre ».

Les auteurs pessimistes avaient leurs partisans, comme Deventer, Puzos, Smellie, Deleurye et autres.

Cependant, au XVIII^e^ siècle, on commence à apercevoir une tendance plus optimiste sur la valeur de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. Cette opposition est guidée par de la Motte, Mesnard, Rœderer, et surtout par M^me^ Lachapelle, qui dit : « Il a de tout temps régné une opinion, que je ne puis partager. Tout le monde croit que la dilatation des passages est plus difficile chez les femmes avancées en âge; il n'est pas un accoucheur qui ne redoute un premier accouchement chez une femme de 30, 35 ou 40 ans; il n'est pas une femme de cet âge qui ne voit avec effroi arriver le moment de sa première couche. L'expérience m'a trop souvent prouvé la fausseté de ces préventions pour que je puisse les adopter. Sans doute, on voit souvent le travail lent et pénible chez une femme âgée qui n'a

point eu d'enfant; mais n'en est-il pas de même des plus jeunes? La proportion, j'ose l'assurer, est parfaitement égale. Si quatre sur dix ont, parmi les jeunes primipares, un accouchement facile, quatre sur dix, parmi les plus âgées, accouchent avec promptitude et facilité ».

Les opinions restent pourtant partagées chez les auteurs du siècle passé, et nous voyons Cazeaux et Depaul se ranger du côté de l'optimisme de Mme Lachapelle, tandis que Dubois, Jacquemier, Michælis, Nægele et autres, restent partisans du pessimisme de Mauriceau.

Devant cette diversité des opinions, les accoucheurs décidèrent de résoudre le problème en ayant recours à la statistique. Malheureusement, ce moyen n'a pas amené de solution définitive de la question, et nous voyons des résultats très décourageants publiés par Cohnstein, d'Ahlfeld, Schramm, Bidder et autres.

Contre eux se sont élevés Coccio et Mangiagalli, démontrant que l'accouchement chez les primipares âgées ne présente rien de spécial. Coccio, dans sa thèse, est très optimiste et parle seulement d'une légère prolongation du travail, portant pour les uns sur la dilatation, pour les autres sur l'expulsion. Pourtant son maître, Verrier, qui lui avait fourni le sujet de sa thèse, publie deux ans après deux observations très pessimistes d'accouchements chez les primipares âgées. « Ce qui semble devoir faire poser, dit-il, un formidable point d'interrogation aux conclusions peut-être un peu optimistes du docteur Coccio ».

Courtade, en 1884, dans sa thèse, conclut à l'augmentation de la durée du travail, surtout à la période d'expulsion, et, comme cause de ce prolongement de l'accouchement, il invoque l'inertie utérine, la rigidité des parties molles et l'ankylose du coccyx. Aussi apporte-t-il un nombre considérable d'interventions, de même que le chiffre de mortalité maternelle et fœtale.

Dubé, sous l'influence de son maître Varnier, a fait une recherche statistique sur la question des primipares et arrive à une conclusion très encourageante. Nous verrons plus loin les chiffres apportés par lui en comparaison avec les autres auteurs. Ce qui est le plus caractéristique, c'est qu'il trouve une proportion très forte de primipares âgées qui accouchent en moins de douze heures.

Varnier conclut : « *Toutes les primipares se valent* ».

Nous avons déjà pu voir que la majorité des auteurs apporte comme causes les plus importantes parmi les difficultés de l'accouchement chez les vieilles primipares : la rigidité des parties molles et du col, la résistance du périnée et l'ankylose du coccyx.

Doleris n'admet pas l'évolution vers la rigidité avec le progrès de l'âge, étant resté anatomiquement pur de tout mélange de tissu étranger.

Bouffe de Saint-Blaise et Wallich ont démontré qu'il n'y avait pas de lésions histologiques de tissus, quand le col a été en état de rigidité.

Pour Soledo, ce n'est pas la rigidité du col qui prolonge le travail, mais c'est le défaut des contractions utérines qui joue le rôle principal : « L'inertie,

caractérisée par l'irrégularité et l'insuffisance des douleurs, explique le plus souvent cette sténose momentanée du col ».

La question de rétropulsion nécessaire du coccyx avait aussi des partisans, tels que Mauriceau, Rœderer et autres, tandis que de la Motte et Burton ne croient pas à cette rétropulsion.

Selon Varnier, l'opinion de nos classiques est encore actuellement la suivante : « En dehors des cas étudiés par Trefurt (ankylose), le coccyx n'est en aucune façon la cause du retardement de la sortie de la tête de l'enfant à terme et vivant ». Varnier se demande alors comment expliquer le fait que, chez les primipares âgées et chez certaines multipares, la période de l'expulsion est si longue lorsque, comme le dit Deventer, « l'enfant est bien tourné et que les eaux sont écoulées, que la tête avance assez considérablement en dehors de l'orifice et que les douleurs ont assez de force » (page 18).

Voilà comment Varnier s'explique à ce sujet : « *Force est donc de chercher l'explication de cette lenteur, d'une part dans cette coriacité plus grande de tissus qu'invoquait Pajot après tant d'autres*, sorte de modification régressive impossible à déceler anatomiquement; *d'autre part, dans la fréquence de la dégénérescence myomateuse du muscle utérin à partir de la trentaine.* Il est en effet digne de remarque, et Pinardy insiste dans ses leçons que tandis que nos deux séries de primipares jeunes et d'âge moyen ne nous présentent pas un seul cas où l'on ait noté au palper ou au toucher la présence de fibromes, ceux-ci ont

été dûment constatés treize fois, soit dans près de 4 % des cas chez nos primipares âgées. On est en droit de se demander si, dans les cas en apparence normaux que nous avons seul fait servir à nos calculs, il n'y aurait pas à incriminer des dégénérescences de même ordre; encore trop peu marquées pour se révéler à l'exploration superficielle, mais cependant capables déjà de troubler la contraction du muscle utérin. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est là, brutal, et il se traduit par une *légère surélévation de mortalité fœtale* en connexion avec le travail ».

Différentes causes ont été apportées pour expliquer l'obstacle à la progression de la tête fœtale. Après de longues études sur le détroit inférieur, Varnier, conformément aux recherches de Pinard, Farabœuf et Boissard, arrive à la conclusion que le diamètre du détroit inférieur, au lieu de mesurer 11 centimètres, comme l'enseignent les livres classiques, ne mesure que 8 centim. 5. « Si donc, dit Varnier, nous prenons comme moyenne de l'étendue du diamètre coccy-sous-pubien 8 centim. 5, il est nécessaire que le coccyx soit rétropulsé communément de 2 centimètres pour laisser passer un diamètre sous-occipito-frontal de 10 centim. 5 d'un enfant de poids moyen. » Enfin il conclut que « la résistance du coccyx à la rétropulsion paraît être la cause ordinaire et principale du « retardement » de la sortie de l'enfant à terme et vivant ». Poussant plus loin ses recherches, Varnier a constaté que l'obstacle à la rétropulsion du coccyx résidait dans les faisceaux du releveur de l'anus.

Ce court exposé historique nous montre combien la question des primipares âgées est discutée et controversée; aussi n'avons-nous pas la prétention de lui donner une solution définitive, en nous bornant aux conclusions modestes, basées uniquement sur les résultats de nos recherches faites dans les observations qui nous ont été données bienveillamment par notre maître M. le professeur Fruhinsholz, et sur les accouchements que nous avons eu l'occasion de suivre pendant notre stage à la Maternité de Nancy.

CHAPITRE PREMIER

DE L'AGE ET DES CAUSES PRÉDISPOSANTES A LA PRIMIPARITÉ TARDIVE

Age. — Différentes sont les manières de voir des auteurs sur la question d'âge, à partir duquel une primipare peut être considérée comme tardive. Nous ne voulons pas discuter l'opportunité de choisir tel ou tel âge comme limite inférieure de nos primipares et, selon le conseil de notre maître, M. le professeur Fruhinsholz, nous appelons primipares âgées les femmes qui ont eu leur premier enfant à partir de 30 ans.

Nous donnons pour mémoire, ici, la limite inférieure d'âge adoptée par les différents auteurs qui se sont occupés des primipares âgées :

Mangiagalli, à partir de 35 ans; Jruzzi, de 35 ans; Ahlfeld, de 32 ans; Dieterlen, de 30 ans; Steinmann, de 30 ans; Kleinwachter, de 30 ans; Caillods, de 30 ans; Dubé, de 30 ans; Le Chuiton, de 30 ans; Courtade, de 28 ans; Bonnedame, de 28 ans; Coccio, de 28 ans.

Nous avons fait des recherches sur une statistique ininterrompue des accouchements qui ont été faits

dans la clinique obstétricale de M. le professeur Fruhinsholz pendant les quatre années ayant suivie la Grande Guerre, c'est-à-dire de 1919 à 1922 inclus. Pendant ces quatre années consécutives, il s'est effectue 3.787 accouchements de toutes sortes. Sur ce nombre, nous avons trouvé 119 primipares âgées de plus de 30 ans. Nous pouvons dire alors que les primipares âgées forment une moyenne de 3,14 %. Si nous comparons notre chiffre à ceux de divers auteurs ayant fait des statistiques sur ce sujet, nous trouverons :

Ahlfeld donne une moyenne de	:	1,65 %
Steinmann	—	2,2 %
Kleinwachter	—	2,7 %
Caillods	—	2,9 %
Dubé	—	2,5 %
Le Chuiton	—	2,71 %
Notre statistique	—	3,14 %
Bonnedame	—	4,71 %
Courtade	—	5,08 %

Notre résultat se rapproche de celui de Caillods et est supérieur à ceux de Dubé et de Le Chuiton; il est remarquable de constater que nous avons trouvé une proportion beaucoup plus supérieure à celle d'Ahlfeld, qui considère il est vrai, comme primipares âgées, les femmes à partir de 32 ans, limite d'âge superieure de la nôtre et, en comparaison de sa statistique, nous trouvons presque deux fois plus de primipares tardives. Notre chiffre supérieur des primipares âgées s'explique facilement comme l'effet de la Grande Guerre.

Aussi avons-nous fait des recherches sur la proportion des primipares âgées pendant les quatre années qui ont précédé la Grande Guerre, et nous avons trouvé que, de 1910 à 1913 inclus, il s'est effectué 3.703 accouchements de toutes sortes, c'est-à-dire 84 accouchements de moins que pendant les quatre années après la Grande Guerre et, sur ce nombre d'accouchements, nous avons trouvé seulement 94 accouchements de primipares âgées, ce qui nous donne, par rapport à toutes les parturientes, une proportion de 2,53 %. Nous voyons alors que la proportion de primipares tardives a considérablement augmenté pendant les années qui ont suivi la Grande Guerre.

Des causes pour lesquelles certaines femmes deviennent primipares âgées

La solution du problème implique la connaissance de certaines données, qu'il est souvent d'autant plus difficile d'obtenir à la clinique qu'en ville, le nombre des filles non mariées y étant plus considérable, et beaucoup d'entre elles ayant des raisons quelconques à se dérober à un interrogatoire qui, d'ailleurs souvent, n'a pas été dirigé dans ce sens. Aussi, nombre d'auteurs se sont attachés à reconnaître les raisons pour lesquelles certaines femmes étaient enceintes à un âge assez avancé.

Il semble difficile, parmi un si grand nombre de conditions incriminées, toutes variables au plus haut point, de découvrir de véritables rapports de cause à effet entre elles et la primiparité tardive.

Nombreuses sont les causes qui amènent la primiparité tardive, et les auteurs ont cru remarquer qu'il y avait, d'un côté, un rapport entre la date d'apparition des premières règles et la première grossesse; d'un autre côté, les primipares âgées présentaient un grand nombre de vices de conformation qui entraînaient des empêchements psychiques et, enfin, nous connaissons bien les causes sociales et, dernièrement, l'influence de la dernière Grande Guerre sur la stérilité prolongée de nombreuses femmes.

Des opinions fréquentes apportent comme cause de la fécondation tardive la diathèse fibromateuse; c'est pourquoi nous nous occuperons de cette question un peu plus longuement dans le chapitre suivant:

1° *Menstruation.* — Nous avons trouvé chez nos primipares âgées les chiffres suivants, concernant la date d'apparition de leurs premières règles: sur 119 primipares âgées:

68 ont été réglées de 15 à 20 ans, soit 57,1 %.
44 — 9 à 14 ans, soit 30,8 %.

Dubé trouve, pour les primipares au-dessus de 30 ans, les proportions suivantes, sur 160 femmes:

114 ont été réglées de 10 à 14 ans, soit 43,7 %.
146 — 15 à 21 ans, soit 56,1 %.
48 — à 15 ans, soit 18,4 %.

Caillods, faisant le même calcul sur les vieilles primipares, a pu trouver que, sur 131 femmes, 126 ont pu donner une réponse précise, et il constate que:

62 ont été réglées de 9 à 14 ans, soit 49 %.
64 — 15 à 20 ans, soit 50 %.

Courtade et Le Chuiton ont trouvé des résultats semblables.

Ces constatations démontrent, d'une façon manifeste, que l'apparition tardive des premières règles se voit en proportion plus considérable chez les primipares âgées que chez les autres, puisque, en France, il est admis qu'une jeune fille voit ses règles apparaître généralement vers l'âge de 14 ans.

Dubé, ayant fait des recherches spéciales sur ce sujet dans le service de M. le professeur Pinard, a trouvé que chez les primipares jeunes les règles apparaissent à 14 ans et que les primipares d'âge moyen étaient réglées à 15 ans.

L'apparition tardive des premières règles chez les primipares tardives n'est pas une coïncidence, puisqu'elle est démontrée par de nombreux auteurs, et cette constatation nous permet d'apercevoir un certain rapport entre elle et la primiparité tardive, de façon qu'il nous vient à l'esprit la formule de Dubé : « Lorsque la menstruation a été tardive, la grossesse l'a été aussi ».

Vices de conformation. — Parmi les vices de conformation les plus nombreux, que la statistique nous montre chez les primipares âgées, sont sans contredit les rétrécissements pelviens, et nous allons étudier : 1° leur fréquence, et 2° leur rapport avec la fertilité tardive.

Nous avons recherché la proportion de bassins viciés chez nos 119 primipares âgées, et nous avons trouvé 9 cas mesurés et, ensuite, étiquetés bassins

viciés, ce qui fait 7,51 % de bassins suffisamment rétrécis pour être une cause de dystocie.

Si nous cherchons, chez 119 primipares jeunes et chez un nombre égale de primipares d'âge moyen, la proportion de bassins viciés, nous trouvons chez les premières 4 cas seulement, soit 3,36 %, tandis que chez les secondes 7 cas, soit 5,8 %.

Parmi les autres déformations, nous avons trouvé chez nos vieilles primipares 3 cas de cypho-scoliose, ce qui fait une proportion de 2,5 %, 1 cas de coxalgie, soit 0,8 % et 2 cas de luxation congénitale de la hanche, soit 1,6 %; tandis que chez les primipares jeunes, en nombre égal, nous ne trouvons que: 1 cas de scoliose avec rétrécissement du bassin à la fois, soit 0,8 %, et chez celles d'âge moyen nous avons constaté 1 cas de luxation coxo-fémorale double, soit 0,8 %, et 2 cas de cypho-scoliose, soit 1,6 %.

Nos résultats sont tels qu'ils nous permettent de conclure, d'accord avec l'opinion générale, que plus l'âge des primipares augmente, plus la proportion des bassins viciés et des autres vices de déformations rencontrées est élevée, et qu'il y a là encore une des causes de l'apparition tardive de la première grossesse. Car il est compréhensible que les hommes sont moins attirés vers des femmes présentant des difformités squelettiques visibles, et c'est avec juste raison que Dubé s'exprime ainsi: « L'amour et ses suites sont régis comme les transactions par la loi de l'offre et de la demande; l'offre, sinon toujours la demande, est à coup sûr moindre lorsqu'il s'agit de femmes présentant un vice de forme».

Variables sont les proportions, concernant les bassins viciés, fournies par les auteurs, et si nous réunissons par groupes de primipares leurs résultats, voici ce que nous obtenons :

Pour les primipares jeunes :

Kleinwachter trouve. . . .	20,72 %	de bassins viciés
Truzzi —	15,5 %	—
Dubé —	4,4 %	—
Notre statistique montre.	3,36 %	—

Pour les primipares d'âge moyen :

Kleinwachter trouve	13,97 %	de bassins viciés.
Truzzi —	16 %	—
Dubé —	9,2 %	—
Notre statistique montre.	5,8 %	—

Pour les primipares âgées :

Kleinwachter trouve	20,86 %	de bassins viciés.
Truzzi —	30,8 %	—
Dubé —	14,5 %	—
Caillods —	5,3 %	—
Le Chuiton —	8,5 %	—
Notre statistique montre.	7,51 %	—

Les moyennes si élevées de ces auteurs proviennent probablement du fait qu'ils ont fait entrer, dans leur statistique, tous les bassins simplement étiquetés bassins viciés, sans les avoir mesurés. Il est incontestable que s'ils n'avaient fait entrer en ligne de compte que les bassins mesurés, ils seraient arrivés à une proportion beaucoup moins forte, comme l'a d'ailleurs constaté Dubé, qui voit tomber sa moyenne de 14,5 % à 6,6 %, après avoir éliminé

les bassins non mesurés. Ce dernier chiffre se rapproche déjà du nôtre, comme ceux de Caillods et surtout de Le Chuiton.

Quoi qu'il en soit, avec les chiffres obtenus par les différents auteurs, nous voulons donner ici un résumé de leurs opinions, cité par Truzzi (p. 68).

Chez les primipares qui ont dépassé 30 ans avant de tenter de devenir enceinte, il y aurait :

1° Un manque d'énergie sexuelle, pouvant coïncider ou non avec un bassin rétréci (Necker);

2° Une difformité, surtout une viciation du bassin, rendant le coït difficile (Mangiagalli);

3° Une trop grande pauvreté de la femme (Eckhardt);

4° La crainte d'un accouchement laborieux, la femme sachant qu'elle a un bassin vicié;

Ou bien, par amour-propre, la femme éviterait les rapports intimes pour ne pas découvrir le vice de conformation qu'elle dissimule par un artifice quelconque (Courtade);

5° La sourde-muette et l'idiote trouvent difficilement le mariage ou l'union illégale... (Truzzi).

Si les primipares âgées ont eu des rapports sexuels, mais sans résultat avant 30 ans, on peut incriminer :

1° Des troubles du côté de l'utérus... une menstruation irrégulière et difficile (Rumpe, Kleinwachter);

2° Un bassin rétréci, entraînant une mauvaise position de l'orifice utérine (Cohnstein);

3° L'impuissance du mari ou du conjoint;

4° Toutes les affections congénitales ou acquises qui ont pu causer une stérilité prolongée peuvent disparaître spontanément ou à la suite d'une inter-

vention chirurgicale et la fécondation se fait (Cohnstein).

Causes sociales. — En dehors des causes sus-mentionnées de la primiparité tardive, nous voudrions jeter un peu de lumière sur le fait, bien connu dans le public, mais qui n'a pas été pris assez en considération par les accoucheurs, — c'est l'*avortement criminel*, avec tous les procédés de même nature le précédant; combien y a-t-il de femmes pratiquant pendant de longues années sur elle-même aussi bien que sur d'autres femmes des avortements, aussitôt leurs règles disparues? Ce fait est en grande majorité observé chez les femmes non mariées et souvent pour des causes de pauvreté, surtout pour éviter de devenir fille-mère avec toutes ses conséquences au point de vue moral, puisque la société contemporaine n'admet pas les enfants illégitimes au même rang que les autres, et que les filles-mères sont mal vues.

Voilà, à notre modeste avis, une des causes qui poussent de nombreuses femmes vers l'avortement criminel pratiqué pendant des années, et si, après de très fréquentes opérations criminelles arrive un moment où celles-ci ne réussissent pas malgré les tentatives énergiques, la femme se sentant en danger devant ces manières de procéder, se résigne plutôt à la maternité que de risquer de graves éventualités; de cette façon, de nombreuses femmes deviennent primipares âgées.

Autres causes. — Nous voudrions signaler en

passant, dans l'étiologie de la conception retardée, les affections des organes génitaux qui ont pu nécessiter un traitement plus ou moins long et, par ce fait même, retarder la fécondation, comme : le catarrhe du col, du corps de l'utérus et surtout la métrite parenchymateuse subaiguë et chronique, etc... (Pajot). Pour cette dernière maladie, la femme est souvent stérile tant que dure cette affection, il arrive qu'elle le reste longtemps après la guérison et parfois même toujours.

Effet de la Grande Guerre. — Nous avons déjà eu l'occasion, plus haut (p. 16), d'attirer l'attention sur l'influence de la dernière Grande Guerre sur la primiparité tardive. Un nombre considérable de conjoints ayant contracté mariage avant le commencement de la Grande Guerre, s'est vu séparé pendant 5 à 6 années. Après la guerre, la vie conjugale a recommencé très fréquemment à l'âge un peu avancé des conjoints et, de cette façon, beaucoup de femmes ne devinrent enceintes qu'à la trentaine et plus. Combien de femmes, pour la même cause, ont été obligées de renoncer à la vie conjugale pendant des années, le nombre de jeunes gens étant réduit notablement après cette terrible guerre, sans espoir de pouvoir se marier ou se remarier en cas de mort du mari sur le champ d'honneur, et quand, malgré tout, le bonheur de la vie familiale les a favorisées, ces femmes se voient avec angoisse devenir enceintes à un âge assez avancé. C'est, à notre avis, une des causes de l'augmentation de la proportion des accouchements

des primipares âgées, que nous avons eu l'occasion d'observer à la Maternité de Nancy pendant les quatre dernières années.

Ajoutons que nous avons pu constater, dans les 119 observations de primipares âgées, 13 cas dans lesquels les parturientes ne devenaient pas enceintes par cause directe de la Grande Guerre.

CHAPITRE I

FIBROMES CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

Les auteurs, dans la grande majorité, ont été d'avis que les fibromes empêchent la fécondation. ou même l'excluent (Louis). Les ouvrages classiques ont été dominés par la fameuse doctrine de Gusserow : « Un utérus qui donne asile à une tumeur qui, par sa grosseur et par sa consistance en impose pour un fibrome, est bien impropre pour développer en même temps un fœtus ».

Cette opinion excessive est journellement contredite par les faits. Mais il n'en reste pas moins vrai que les fibromes sont parfois la cause de stérilité. Le professeur Lefour, dans sa thèse d'agrégation, attire l'attention sur les déviations utérines créées par ces fibromes, et cela est vrai particulièrement pour les fibromes sous-péritonéaux et interstitiels, tandis que les fibromes sous-muqueux, sessiles ou pédiculés, s'opposent surtout au passage des spermatozoïdes en fermant la cavité utérine; « il faut encore, dit-il, tenir compte de la sécrétion acide de la muqueuse utérine au niveau du point de la dégénérescence myomateuse et des contractions plus fréquentes de cet utérus excité par la tumeur ».

Mais Frænkel, Kelly, Cullen, Treub, Gottschalk, et particulièrement le professeur Pinard, sont arrivés à la conclusion que le fibrome n'est pas la cause de la non fécondation, mais plutôt en est la conséquence, et que l'utérus, ne remplissant pas son rôle physiologique normal, dirige son activité vers la fabrication des tumeurs.

Notre camarade Christitch, étudiant la question de l'influence du petit fibrome sur la conception, conclut : « Le petit fibrome, qu'il soit intra-mural, sessile ou pédiculé, qu'il occupe le fond, les parois ou le segment inférieur de l'utérus, ne porte aucune atteinte de son fait à la conception; l'aptitude à la fécondation chez les femmes à petit fibrome utérin, bien que diminuée par l'âge, reste sensiblement la même que chez celles de même âge ne présentant aucune lésion fibromateuse apparente, toutes choses étant normales par ailleurs ».

Les statistiques concernant la proportion de fibrome chez les célibataires et les nullipares sont nombreuses et différentes, suivant les auteurs : Schrader, sur 792 fibromes, trouve 178 célibataires, soit 22,5 %; Wincher, 25 % ; Gusserow, 30 % ; Hofmeier, 32 % ; Hartmann et Mlle Jakchitch, 22 %.

Nous ne nous arrêterons pas dans ce chapitre sur toutes les opinions qu'apportent les accoucheurs à l'appui de leurs résultats, puisque la question des fibromes utérins est traitée très longuement dans les ouvrages classiques, avec tous les détails, et ce qui nous mènerait trop loin; mais nous désirons seulement apporter quelques chiffres et documents in-

téressant les petits fibromes chez les primipares âgées.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le fibrome utérin apparaît avec l'âge, constatant qu'il ne se développe jamais avant la puberté ni après la ménopause (Pinard), sauf quelques cas extrêmement rares signalés par Cavaillon, Rüge et Monnier, qu'il est exceptionnel avant 20 ans, rare avant 25 ans, et que le maximum de fréquence d'apparition de la tumeur se voit entre 30 et 45 ans. Il est évident alors que le fibrome utérin apparaît après le délai moyen où toute femme devrait être fertilisée, c'est-à-dire à partir de 25 ans.

Le professeur Pinard, dans ses savantes leçons, s'exprime ainsi : « J'ai depuis longtemps déjà la conviction absolue que l'*inobservance de la fonction complète de reproduction est la cause qui favorise le plus l'éclosion et le développement des fibromyomes de l'utérus*, et je professe *que la fertilisation tardive* et la stérilité secondaire sont facteurs étiologiques de fibromyomes utérins », et il ajoute : « Depuis nombre d'années, je ne cesse de répéter aux élèves cet aphorisme : *Quand, dans la salle de travail, vous vous trouvez en face d'une primipare âgée de 30 ans et plus, cherchez le fibrome* ». Et le professeur Pinard, à l'appui de ce qui précède, apporte la statistique que voici : sur 21.891 femmes accouchées à la clinique Baudelocque, depuis le 1er janvier 1895 jusqu'au 31 décembre 1904, on a constaté l'existence de fibromyomes de l'utérus chez 171 femmes.

De ces 171 femmes : 94 étaient primipares; 77 pluripares.

De ces 94 primipares : 80 étaient âgées de 30 ans et plus; 13 étaient âgées de 25 ans et plus.

Bigen, qui a fait des recherches spécialement sur les fibromes chez les primipares âgées, constate que, sur 12.051 femmes accouchées à la clinique Baudelocque, on a noté, chez 83, l'existence de fibromes de l'utérus. Ces 83 fibromes ont été trouvés :

44 fois chez les primipares âgées de 30 ans et plus.
28 — — 31 —
7 — ayant moins de 30 ans
4 — — 25 —

Or, sur ces 12.051 femmes, il trouve : 393 primipares âgées de 30 ans et plus, chez lesquelles il constate 44 fois l'existence du fibrome, soit 11,19 %, dont le volume ne dépassait que très rarement la grosseur d'une petite mandarine.

Notre maître, M. le professeur Fruhinsholz, au cours d'une conférence sur cette question tenue en 1920, trouve le petit fibrome dans une proportion de 18 %.

Notre camarade Christitch ayant fait des recherches à la clinique obstétricale de M. le professeur Fruhinsholz a constaté, sur 37 observations de petits fibromes :

21 primipares; 10 secondipares; 4 tertipares; 1 quadripare; 1 quintipare.

Sur ces 21 primipares : 6 étaient âgées de 26 et 30 ans; 15 de plus de 31 ans.

Nous avons constaté, chez nos 119 primipares âgées, 18 fois l'existence du petit fibrome, soit 15,1 %. Notre proportion est un peu inférieure à celle de notre

maître et nous croyons que cette différence peu considérable provient probablement du petit nombre d'observations que nous avons pu étudier.

On est donc exposé à trouver, comme nous le voyons chez 100 primipares âgées de plus de 30 ans, 13,2 fois des petits fibromes.

Quant à l'étiologie des fibromes de nos 119 primipares tardives, d'après le conseil de notre maître M. le professeur Fruhinsholz, nous avons recherché la proportion de fibromes chez les femmes qui, mariées tard, étaient devenues enceintes de suite, et nous en avons constaté 6 cas sur les 18 utérus fibromateux, soit 30 %. Or, puisque ces femmes sont devenues enceintes facilement, il faut en conclure plutôt que *les petits fibromes étaient l'effet et non la cause de la stérilité.*

D'ailleurs, voici la conclusion du professeur Pinard : « Il m'apparaît que *la fertilisation tardive*, ou, si vous voulez, *la stérilité primaire*, montre son action d'une façon non douteuse ».

Bigen donne, sur la question de fibromes chez les vieilles primipares, les conclusions suivantes : 1° les fibromes de l'utérus sont fréquents chez les primipares âgées, 11,19 %; 2° les enfants de primipares âgées qui se développent dans un utérus fibromateux ont un poids moyen inférieur à celui des enfants qui se sont développés dans des utérus en apparence sains; 3° la durée du travail chez les primipares âgées est augmentée par la présence des fibromes; 4° les fibromes sont assez souvent cause d'intervention; 5° chez toute femme âgée de 30 ans et plus, en travail

pour la première fois, le médecin ou la sage-femme doit toujours penser à la possibilité de l'existence d'un utérus fibromateux.

Nous croyons utile, pour compléter l'étude très brève de notre chapitre, de montrer en quelques mots le rapport entre le petit fibrome, la grossesse et le travail.

Les petits fibromes subissent les mêmes contre-coups que l'utérus au cours de la gestation, à savoir l'hypertrophie et l'hyperplasie de leurs éléments constitutifs. M. Pinard a dit que le fibrome reçoit du fait de la grossesse « un coup de fouet admirable ». L'augmentation de volume peut être parfois si intense, atteignant rapidement, du volume d'une noix qu'il était au début de la grossesse, par exemple, le volume d'une tête d'enfant, comprimant les urétères et amenant la mort par urémie (Lefour, Gottschalk).

Tous les petits fibromes ne s'hypertrophient pas nécessairement; pour qu'ils augmentent, il faut qu'ils soient interstitiels; le fibrome pédiculé augmente très rarement.

L'hypertrophie rapide des fibromes serait dû, d'après Seitz, à l'action de l'ovaire.

Il est, au contraire, des cas où les petits fibromes sont sièges d'un étalement, d'applatissement, devenant difficilement appréciables à notre investigation, constituant ce qu'on appelle la pseudo-disparition (Christitch).

Certains fibromes peuvent se déplacer en suivant la portion utérine où ils ont pris naissance, ce qui

n'a pas d'importance pour les fibromes incérés sur le fond de l'utérus, mais qui peut devenir une cause de complication à la fin de la gestation et surtout au moment du travail, quand les fibromes sont bas situés, faisant corps avec le segment inférieur; le non engagement et les présentations vicieuses sont à redouter.

Un accident qui, d'après Blanchard, survient exclusivement chez les primipares âgées, *c'est la torsion du pédicule du petit fibrome*, surtout de fibrome à pédicule court et épais, qui siège au fond utérin ou sur son corps. Cette complication a généralement un début brusque et dramatique, rappelant le début de la torsion du pédicule des kystes des ovaires. Aussi M. Pinard conseille-t-il une intervention prompte aussitôt le diagnostic posé et consistant en l'ablation de la tumeur.

Il est indéniable que le petit fibrome n'a pas d'influence directe sur l'évolution et la terminaison de la grossesse. Les auteurs sont justement d'accord, actuellement, pour nier l'existence de rapport entre le petit fibrome d'un côté et les hémorragies pendant la gestation, les avortements et les accouchements prématurés.

On a vu incriminer le fibrome comme cause de la grossesse extra-utérine (M. Gaston Michel), de l'insertion basse du placenta et des ruptures prématurées et précoces, mais sans qu'on puisse l'affirmer avec sûreté.

L'influence des petits fibromes est sans aucun doute plus marquée pendant le travail et les derniers

mois qui le précédent, lorsque les fibromes siègent sur le segment inférieur, gênant l'accommodation et particulièrement la présentation. La tête appuyant vers le septième mois sur l'entonnoir pelvien, bute contre un fibrome, si petit soit-il; elle glisse dans une fosse iliaque et, de cette façon, peut-on avoir une présentation de l'épaule ou du siège. Pour la même cause, la tête peut rester mobile chez les primipares tardives jusqu'au voisinage du travail, grâce au manque de tonicité du muscle utérin, dû vraisemblablement à la dégénérescence myomateuse (Christitch).

Le néoplasme forme un écran qui arrête les contractions dans les fibres musculaires, qu'il interrompt et raccourcit d'autant pendant le travail, d'où il résulte une impotence fonctionnelle de l'utérus, ayant comme suite un accouchement traînant en longueur et, comme nous le verrons dans le chapitre de l'accouchement, l'on peut observer tous les degrés d'inertie utérine allant jusqu'à l'arrêt complet des contractions. « Nous sommes en présence de ces utérus défaillants, boiteux, dit M. le professeur Fruhinsholz, qui, après un départ plus ou moins insidieux, semble vouloir fournir un bon rendement, mais qui, au bout de quelques heures, commencent à se contracter mal, inefficacement, leurs contractions s'espaçant et diminuant d'intensité de plus en plus, pendant un temps relativement long » (Christitch).

Cette défaillance utérine a pour conséquence une extrêmement longue durée du travail, pouvant

déterminer secondairement la souffrance fœtale et, par la suite, nécessiter l'intervention de l'accoucheur. Nous verrons plus loin quelles sont les suites de ce prolongement de la durée du travail avec ses complications.

Pour finir, nous ajouterons quelques mots du traitement du petit fibrome au cours de la grossesse, pendant le travail et pendant les suites de couches.

Malgré que les opérations conservatrices pendant la grossesse aient donné de très bons résultats, Varnier et Pinard conseillent l'abstention, et sont d'avis que l'indication à l'intervention ne doit être tirée que des accidents, non à venir, mais présents.

Pendant le travail, il faut se guider selon la formule: *Noli me tangere*, et en cas de prolongation excessive du travail, soit de la souffrance fœtale ou de sa mort, ou bien des risques d'infection, si l'œuf est ouvert, — recourir à un traitement symptomatique pour réveiller les contractions (quinine, extrait d'hypophyse) ou aux interventions obstétricales: forceps, craniotomie, cranioclasie, basiotripsie, pour terminer le travail trop long ou pour extraire un enfant mort.

Il n'y a que très rarement à intervenir pendant les suites de couches; mais ce qu'il faut avoir dans l'esprit, c'est d'encourager l'allaitement maternel, dont on aura comme bénéfice: l'involution physiologique de l'utérus, le bien de l'enfant et la disparition du petit fibrome.

CHAPITRE III

DE LA GROSSESSE CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

Durée. — Généralement, il est difficile de fixer la date à laquelle remonte la fécondation et, par conséquent, de préciser avec certitude la durée de la grossesse. On ne s'étonnera donc point que, dans notre statistique, cette durée n'ait pu être établie. Néanmoins, nous croyons utile d'apporter quelques opinions des auteurs, qui permettraient de nous faire une idée concernant l'influence de l'âge sur la durée de la grossesse chez les primipares.

Ahlfeld et Rumpe, se basant sur quelques cas observés par eux, feraient présager que l'âge de la parturiente n'a rien à voir avec la durée de la grossesse. En effet ces deux auteurs, qui ont pu établir cette durée avec la précision voulue, le premier 17 fois, le second 1 fois seulement, arrivent tous les deux au même résultat : la durée moyenne a été de 275 jours. Il s'agit, bien entendu, de la grossesse parvenue à son terme sans que rien ne soit venu en interrompre le cours.

Bonnedame établit une proportion considérable d'accouchements prématurés et surtout d'avortements; en voici les résultats.

Sur 697 primipares âgées, il trouve:

Accouchements à terme	52,97 %
— prématurés spontanés	31,64 %
— — provoqués	1,74 %
Avortements	13,64 %

La forte proportion d'avortements est attribuée, par Bonnedame, aux manœuvres abortives criminelles qui se répandent de jour en jour d'avantage.

Le Chuiton, ayant fait des recherches sur la durée de la grossesse chez les primipares âgées et sur la question de l'influence du repos sur la durée de la gestation, arrive au résultat suivant:

Durée de la grossesse chez les femmes non reposées: 272 jours.

Durée de la grossesse chez les femmes reposées: 278 jours.

Le Chuiton constate que les primipares âgées, ayant bénéficié du repos aussi bien que les primipares jeunes et celles d'âges moyens, prolongent seulement de 6 jours leur grossesse.

Abstraction faite des cas où l'accouchement a été provoqué pour des causes de rétrécissement pelvien, assez fréquents chez les vieilles primipares, un fait attire notre attention, c'est que l'accouchement avant terme s'est présenté avec une fréquence bien au-dessus de la normale. Etablissant des moyennes, nous trouvons que sur 119 accouchements de primipares âgées seulement, 112 ont pu donner des renseignements sur la durée probable de la grossesse, et voilà les proportions que nous constatons.

Sur 112 primipares âgées, il y avait :

87 accouchements à terme, soit 77,6%
21 — prématurés spontanés, soit 18,7%
2 — — provoqués, soit 1,7%
2 avortements (1 accidentel, 1 cause inconnue) ..... soit 1,7%

Nous relevons dans notre statistique 1 cas d'avortement observé chez une primipare de 35 ans, à la suite d'un voyage pénible et 1 avortement chez une primipare de 30 ans dû à une cause inconnue, et nous n'attachons pas à cette proportion, 2 sur 112, plus d'importance qu'elle n'en mérite.

Quant aux accouchements prématurés spontanés, nous voyons dans notre résultat qu'ils sont assez fréquents chez les primipares tardives.

Dubé, faisant une statistique de comparaison entre les primipares tardives, d'âge moyen et jeunes, trouve :

Pour les primipares jeunes :
Accouchements à terme 80,6%
— prématurés spontanés 1,5%
Avortements 1,5%
Pour les primipares d'âge moyen :
Accouchements à terme 84,4%
— prématurés spontanés ..... 12, %
Avortements 2,1%
Pour les primipares âgées :
Accouchements à terme 54,4%
— prématurés spontanés ..... 17, %
Avortements 1,09%

On peut facilement remarquer que notre propor-

tion d'accouchements prématurés spontanés se rapproche de celle de Dubé, qui est aussi d'avis que chez les primipares âgées on voit un plus grand nombre d'accouchements prématurés.

La fréquence des accouchements prématurés spontanés s'explique par le fait que la morbidité pendant la grossesse est assez considérable. Sur les 21 cas d'accouchements prématurés spontanés, nous en relevons 8 d'une cause nettement déterminée; nous avons trouvé, en effet :

Albuminurie : 3 cas; Syphilis nette : 1 cas; Glycosurie : 1 cas; Insertion basse du placenta : 1 cas; Grossesse gemellaire : 2 cas.

Aussi faut-il remarquer que parmi les 13 cas restants d'accouchements prématurés spontanés, nous avons trouvé 6 femmes avec des bassins viciés; mais on ne note pas si les accouchements ont été provoqués.

Quoi qu'il en soit, les résultats ne peuvent qu'être tout à fait approximatifs. En effet, comme l'a dit le professeur Pinard, « rien n'est plus difficile à préciser que l'âge d'une grossesse; car, en se basant sur la date des dernières règles, sauf quelques cas très rares, où il s'agit d'un cas isolé, on ne peut dire si la fécondation a eu lieu immédiatement après les dernières règles ou seulement quelques jours avant celles qui devaient être les suivantes ».

Fréquence relative des présentations. — Il peut être intéressant de voir si les vieilles primipares n'offrent rien de particulier au point de vue des présentations.

MM. Pinard et Lepage, dans leurs statistiques de la clinique Baudelocque, portant sur les accouchements faits de 1891 à 1897, donnent comme fréquence des diverses positions de présentations du sommet chez les primipares de tout âge :

OISA : 61,22 %; OIST : 4,46 %; OISP : 8,3 %; OIDA : 1,13 %; OIDP : 28,02 %; OP : 0,3 %.

Dans nos observations des primipares âgées, nous avons pu relever 94 cas de présentations céphaliques, qui se sont groupées selon diverses variétés de positions, comme suit :

64	variétés OISA, soit	61,53 %
2	— OIST, soit	1,9 %
0	— OISP, soit	
2	— OIDA, soit	1,9 %
1	— OIDT, soit	0,9 %
25	— OIDP, soit	24,04 %
94	présentations céphaliques, soit	90,27 %

La proportion normale de présentations céphaliques étant de 95 % (Tarnier et Chantreuil), nous voyons alors que la nôtre en est un peu inférieure. En même temps, nous avons trouvé 6 présentations du siège, soit 5,45 %, qui, en comparaison avec les proportions de positions vicieuses chez les primipares âgées données par les auteurs :

Bonnedame donne une proportion de	8,02 %
Kleinwachter — —	6,93 %
Le Chuiton — —	5,58 %

se rapprochent de celles de ces différents auteurs.

D'après Kleinwachter, la proportion de présentations vicieuses ne dépasse pas, chez les primipares jeunes, 3,45 %; nous constatons alors que cette proportion est, chez les vieilles primipares, nettement plus élevée.

Un fait attire notre attention sur la question des présentations vicieuses : c'est que nous n'avons pas trouvé, parmi nos primipares âgées, de présentations de l'épaule, ni de face, et cela s'expliquerait probablement par le fait que l'utérus des primipares tardives est moins souple et se prête moins facilement à cet élargissement transversal. Quant à la présentation de la face, que nous ne rencontrons pas non plus chez nos vieilles primipares, le professeur Pinard n'admet, avec Baudelocque, Chailly et Matthews Duncan, que la présentation de la face secondaire, ne se produisant que pendant le travail.

En général, les différents auteurs invoquent comme causes probables de présentations vicieuses : 1° la résistance du col ; 2° la rigidité des parties molles, et 3° la conformation vicieuse du bassin (Winkel, Rumpe).

Nous ne voyons pas bien comment ces deux dernières causes pourraient, pendant la grossesse, avant tout début du travail, intervenir pour créer ces présentations anormales. La plus forte part d'explication nous semble revenir à la conformation vicieuse du bassin.

Grossesse gemellaire. — Notre statistique nous a relevé : 2 grossesses bivitellines, 1 grossesse univitelline, ce qui donnerait pour les grossesses multiples

chez les primipares âgées : 3 sur 119, c'est-à-dire 1 sur 37,66, soit 2,52 %.

Or, en France, la moyenne est de 1 sur 92, soit 1,08 % (Charpentier). C'est donc une fréquence plus considérable de grossesse gemellaire chez les primipares âgées.

Reste à savoir si nous devons considérer ce fait comme une simple coïncidence ; pour cela nous n'avons qu'un moyen : comparer nos résultats avec ceux fournis par les différents auteurs :

Kleinwachter a trouvé	17	cas sur	105,	soit 0,92 %
Courtade	— 7		316,	2,2 %
Dubé	— 11		378,	2,9 %
Le Chuiton	— 4		200,	2 %

L'étiologie de la grossesse gemellaire a été beaucoup discutée par les auteurs. Le professeur Pinard, examinant 150 observations de grossesses gemellaires, trouve une proportion de 1,3 % et montre qu'elles seraient deux fois plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares. Ces résultats prouvent, une fois de plus, comme l'enseignent Ribémont, Dessaigues et Lepage, que la multiparité est la grande cause de la grossesse gemellaire (Caillods).

Pourtant, dans notre statistique, comme nous venons de le voir, la proportion de grossesses gemellaires est plus forte chez les primipares âgées qui se rapprocherait des multipares. Or, la primiparité étant, comme nous le savons, une condition moins favorable à la fertilité gemellaire que la multiparité, il nous semble que l'*âge* de la parturiente paraît

devoir être considéré, dans le cas présent, comme seul facteur étiologique.

Complications de la grossesse. — Les auteurs se sont demandés si les primipares âgées sont plus exposées que les autres aux diverses complications de la grossesse.

Nous ne nous occuperons pas ici de ces légers malaises, de ces nausées, qui se rencontrent chez tant de femmes enceintes et qui n'ont aucune signification spéciale, mais nous étudierons les complications réellement importantes, telles que l'œdème simple, l'albuminurie, l'éclampsie, les vomissements graves, les hémorragies et le placenta inséré sur le segment inférieur.

a) *Œdème simple.* — Nous avons éliminé de cette catégorie tous les cas où de l'albuminurie était signalée en même temps. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'œdème simple, soit une proportion de 0,9 %.

Dubé en trouve, chez les primipares âgées, 2,3 %.

Notre moyenne est bien au-dessous de celle de Dubé, et cela probablement parce que nous n'avons fait entrer en ligne de compte que le seul cas où l'œdème des membres inférieurs a été bien marqué et n'était pas accompagné par l'albuminurie.

D'après Courtade et Kleinwachter, la fréquence de l'œdème simple des membres inférieurs, sans albuminurie, augmenterait avec l'âge. Pourtant nos recherches n'ont pas confirmé leur conclusion.

b) *Albuminurie.* — « C'est un fait connu depuis longtemps, dit Kleinwachter, que les maladies des reins sont plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares, et cela est dû probablement, comme dit Mœrike, à ce que, par suite de la forte pression intra-abdominale, il se produit, dans le système veineux du rein, une stase plus considérable qui conduit plus facilement à la maladie de Bright. »

Les primipares âgées sont celles, parmi les primipares, que la maladie frapperait le plus fréquemment. Winkel attire sur ce point notre attention, en disant : « La grossesse survenant pour la première fois tardivement crée une prédisposition particulière aux affections rénales, et, par conséquent, entraîne un danger pour les primipares d'un âge avancé ».

Kleinwachter partage cette manière de voir, en démontrant que les primipares âgées sont beaucoup plus exposées à l'albuminurie gravidique que les primipares jeunes.

Dubé, sur 378 primipares de chaque catégorie, trouve :

17 cas d'albuminurie gravidique chez les primipares jeunes, soit 4,4%;

44 cas d'albuminurie gravidique chez les primipares d'âge moyen, soit 11,6%;

38 cas d'albuminurie gravidique chez les primipares âgées, soit 10%.

Nous avons trouvé, sur 119 primipares âgées, 12 cas d'albumine de la grossesse et du travail, soit 10,08%; comme nous le voyons, cette proportion est presque égale à celle de Dubé.

Nous pouvons donc confirmer la conclusion des auteurs que : *les complications rénales pendant la grossesse augmentent avec l'âge.*

c) *Eclampsie.* — C'est peut-être une des complications la plus grave de la grossesse. Pour certains auteurs, elle s'observe plus souvent chez les primipares tardives (Mauriceau, Moreau, Nœgele et Grenser); par contre, Kleinwachter et Coccio s'opposent à cette manière de voir. Ce dernier apporte en outre, à l'appui de son opinion, le résultat des recherches de Charpentier, qui, dans sa thèse d'agrégation, publie la statistique des éclampsies puerpérales pendant une période de trente-sept ans. Charpentier trouve 33 accouchements éclamptiques sur 106 primipares.

Sur ces 106 primipares, il s'en est trouvé :

Au-dessous de 30 ans	88	primipares
Entre 30 et 40 ans	8	—
Au-dessus de 40 ans	1	—
Age inconnu	10	—

Ces données ne sont pas en faveur de l'opinion de Mauriceau et de ses partisans.

Nous n'avons constaté aucun cas d'éclampsie chez nos 119 primipares âgées, c'est pour cela que nous ne pouvons pas nous prononcer dans un sens ou dans l'autre; mais, en nous basant sur le résultat des recherches de Charpentier, il ne semblerait pas que la primiparité tardive soit une prédisposition particulière aux accidents éclamptiques.

d) *Vomissements graves.* — Différents des nausées de la grossesse, ces vomissements graves en sont une des

complications les plus redoutables, et les causes les plus diverses ont été invoquées par les auteurs pour les expliquer.

Bar, Brindeau et Chamberlant ont donné comme proportions normales de ces vomissements graves : 0,1 %.

Or, nous avons trouvé 4 cas de vomissements graves sur nos 119 primipares âgées, ce qui nous donne une proportion de 3,36 %, bien supérieure à la normale. Nous pouvons donc dire que les vieilles primipares semblent être plus exposées aux accidents de vomissements graves.

e) *Hémorragie dans le cours de la grossesse.* — Nous n'avons constaté, dans notre statistique, qu'un seul cas d'hémorragie au cours de la grossesse, soit une proportion de 0,8 %.

Dubé donne une proportion de 2,3 % pour les primipares jeunes et 5 % pour les vieilles primipares. Caillods trouve 2,2 % pour les premières et 4,5 % pour les secondes.

Pourtant Le Chuiton ne constate qu'une proportion de 1 % pour les primipares âgées, et il est d'accord avec Kleinwachter, qui n'a trouvé aucun cas d'hémorragie sur 115 vieilles primipares de sa statistique, pour conclure que ces hémorragies n'augmentent pas avec l'âge des primipares.

C'est cette opinion qui nous semple parfaitement confirmée par notre statistique.

f) *Placenta inséré sur le segment inférieur.* — Le professeur Pinard dit que le placenta est inséré sur le segment inférieur chaque fois « que d'un côté de

l'orifice de rupture les membranes tendues mesureront moins de 10 centimètres » et il trouve une moyenne de 33 % de placenta inséré sur le segment inférieur pour les primipares en général.

Dubé fournit les proportions suivantes :

Chez les primipares	jeunes, il a trouvé..	3,17 %
—	d'âge moyen — ..	5,26 %
—	âgées — ..	5,55 %

Nous avons rencontré, dans les 119 observations de primipares âgées, 3 cas d'insertion basse du placenta, ce qui fait une proportion de 2,5 %, bien inférieure à celle de Dubé. En tenant compte de notre résultat, nous pouvons conclure que les primipares âgées ne sont pas plus exposées à l'insertion basse du placenta que les primipares jeunes.

CHAPITRE IV

DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES AGÉES

Durée du travail. — Dans l'historique nous avons déjà fait remarquer que, sur cette question, les auteurs se sont de tout temps partagés en deux camps : Mme Lachapelle, de la Motte et leurs partisans nient l'augmentation de durée du travail chez les primipares âgées, tandis que Mauriceau, Dionis, Puzos et autres, plus nombreux, sont d'avis que les vieilles primipares ont à craindre une augmentation énorme de cette durée. De même opinion étaient Dietelen, Courtade, Ahlfeld, Rumfre, Truzzi et Cohnstein, tandis que Coccio et Mangiagalli partageaient, avec Mme Lachapelle, leur manière de voir.

Dubé, après de longues recherches, arrive à la conclusion encourageante, ayant trouvé peu de différence dans la durée du travail chez les jeunes et vieilles primipares. Caillods apporte un résultat différent, défavorable pour les primipares âgées, surtout quant à la période d'expulsion. Le Chuiton trouve le même résultat.

Nous demanderons à notre statistique si l'accou-

chement est, de fait, plus long chez les primipares âgées?

Dans le cas d'une réponse affirmative, à quelle cause se rattache cette augmentation de durée? La solution de cette question, nous la demanderons aux auteurs.

Nous n'avons pas la prétention de trancher définitivement la question, nous voulons seulement montrer à quoi notre statistique nous permet de conclure.

Sur nos 119 primipares âgées, nous en trouvons 88 dont la durée du travail est connue. Ces 88 femmes de 30 ans et plus ont mis, pour arriver à la dilatation complète, un total de 1.772 heures, ce qui donne, pour une femme, une moyenne de 20 heures 8 minutes comme durée de la dilatation.

Ces 88 primipares âgées ont mis, pour expulser, un total de 173 heures 35 minutes, ce qui fait une moyenne de 1 heure 33 minutes pour une femme.

La durée du travail est donc, pour une primipare âgée, de 21 heures 41 minutes.

Ce résultat s'applique aux primipares âgées en général, c'est-à-dire à toutes celles qui ont accouché à 30 ans pour la première fois, sans aucune distinction. Pourtant, on pourrait trouver, parmi elles, quelques-unes présentant certaines conditions particulières nullement imputables à l'âge et dont la présence serait suffisante pour amener, en outre, une augmentation de la durée du travail.

Il semble en être ainsi des présentations autres que le sommet, des enfants trop petits ou des bassins viciés; il est certain qu'une femme ayant, par exemple,

un bassin rétréci, aurait, de ce fait, rencontré autant de difficultés pour accoucher à 20 ans qu'à 30 ans, et il n'en est pas moins vrai qu'un enfant de 1.500 grammes sera expulsé plus rapidement et avec plus de facilité qu'un de 2.500 grammes et plus. Alors, après avoir éliminé les accouchements où l'enfant n'atteignait pas 2.500 grammes, les positions autres que le sommet, les bassins viciés, nous pourrons avoir des données aussi précises que possible sur la durée totale et celle de différents temps du travail.

Donc, sur 119 primipares âgées, nous trouvons :

9 bassins viciés; 12 enfants pesant moins de 2.500 grammes; 3 grossesses gemellaires; 6 présentations du siège.

Sur ces 30 cas, nous n'avons pas trouvé de durée de dilatation ni d'expulsion dans :

3 cas de bassins viciés; 4 cas d'enfants de moins de 2.500 grammes; 1 cas de grossesse gemellaire; 2 cas de présentation du siège.

Nous avons donc 20 cas qui se répartissent ainsi :

6 accouchements chez les femmes à bassin rétréci et chez lesquelles les périodes de dilatation ont duré au total.....	67 heures.
8 enfants de moins de 2.500 grammes, dans l'accouchement desquels les périodes de dilatation ont duré au total	174 h. 50'
2 grossesses gemellaires, dans l'accouchement desquelles les périodes de dilatation ont duré au total....	50 h.
A reporter....	291 h. 50'

Report. . . .	291 h. 50'
4 sièges, dans l'accouchement desquels les périodes de dilatation ont duré au total.	196 h. 30'
Soit à déduire.	488 h. 20'

Nous aurons alors :

88 périodes de dilatation ayant duré.	1.772 heures.
moins 20 périodes de dilatation ayant duré	488 h. 20'
Soit 68 périodes ayant duré.	1.283 h. 40'

Nous voyons que 68 primipares âgées ont mis, pour arriver à la dilatation complète, 1.283 h. 40 m., ce qui fait, pour une primipare âgée, une durée de dilatation égale à 18 h. 52 m. Ce chiffre est donc inférieur de 2 h. 59 m. à celui du premier groupe de primipares prises en bloc.

En ce qui concerne la période d'expulsion, en déduisant de 88 primipares âgées les accouchements où l'enfant n'atteignait pas 2.500 grammes, les positions autres que le sommet, les bassins viciés, nous allons voir ici la durée réelle d'expulsion.

Nous éliminons 6 cas où la durée du travail n'a pas été trouvée ni pour la dilatation, ni pour l'expulsion.

Reste alors :

6 accouchements chez des femmes à bassin rétréci et chez lesquelles les périodes d'expulsion ont duré au total.	13 h. 50'
A reporter. . . .	13 h. 50'

Report....	13 h. 50'
8 enfants de moins de 2.500 grammes, dans l'accouchement desquels les périodes d'expulsion ont duré au total.....	10 h. 40'
2 grossesses gemellaires, dans l'accouchement desquels les périodes d'expulsion ont duré au total.....	5 h.
4 présentations du siège dans l'accouchement desquelles les périodes d'expulsion ont duré au total.....	28 h.
Soit à déduire.....	57 h. 30'

Au total, nous avons :

88 périodes d'expulsion ayant duré..	173 h. 35'
moins 20 périodes d'expulsion ayant duré	57 h. 30'
Soit 68 périodes ayant duré.....	116 h. 05'

Si bien que 68 primipares âgées ont mis, pour l'expulsion de leurs enfants, un total de 116 h. 05 m., ce qui fait, pour une primipare âgée, une durée moyenne de 1 h. 42 m.

Nous avons alors la durée totale du travail d'une primipare âgée :

Durée de la période de dilatation....	18 h. 52'
Durée de la période d'expulsion.....	1 h. 42'
Durée totale de l'accouchement.....	20 h. 34'

La moyenne minima que nous avons obtenue pour la durée du travail est donc de 20 h. 34 m.

« Or, si l'on fait commencer le travail, dit Tarnier, aux premières douleurs, quelques faibles qu'elles

soient, on peut dire que la moyenne de celui-ci est de 12 à 15 heures chez les primipares. »

Faisant abstraction de l'opinion ci-dessus, nous voyons que *la durée du travail est plus longue chez les vieilles primipares d'environ 5 heures 1/2.*

Avant de chercher l'explication de la plus longue durée du travail chez les primipares tardives, il n'est pas inutile de voir les résultats concernant cette durée obtenus par les auteurs.

	Durée totale	Dilatation	Expulsion
Dieterlen	25 h.	22 h. 22'	2 h. 38'
Notre statistique	20 h. 34'	18 h. 52'	1 h. 42'
Kleinwachter	20 h. 15'	18 h. 06'	2 h. 09'
Le Chuiton	18 h. 40'	10 h. 14'	1 h. 35'
Dubé	14 h. 19'	13 h. 19'	1 h. 10'

Nous ne connaissons d'ailleurs point la façon dont la majorité de ces auteurs a procédé pour la recherche de ces moyennes, les cas qu'ils ont éliminés, etc., etc. Aussi ne sont-ils pas tous d'accord en ce qui concerne la moyenne de la durée du travail chez les primipares en général; mais ce qui est caractéristique, c'est que presque *tous* concluent à la durée plus longue de l'accouchement chez les primipares âgées.

Nous avons dit « presque tous», puisque Dubé ne trouve qu'une légère augmentation de la durée de l'expulsion chez les différentes primipares, tandis que la durée totale de l'accouchement est, non seulement pour lui, d'une longueur sensiblement égale chez les vieilles et jeunes primipares, mais c'est chez celles qui ont dépassé 30 ans qu'il trouve la plus grande pro-

portion de femmes ayant accouché en moins de 12 heures.

Les résultats de Dubé ne nous étonnent point, car il a calculé ses moyennes exclusivement sur « des femmes ayant accouché *spontanément* d'un enfant pesant au moins 2.500 grammes et se présentant par le sommet ».

M. Oui fait avec juste raison remarquer, en faisant la critique de la thèse de Dubé, que celui-ci a éliminé systématiquement de sa statistique tous les cas où l'on avait dû intervenir.

Nous avons trouvé dans notre statistique que, sur 22 applications de forceps pratiquées sur des primipares âgées, douze fois l'intervention a été décidée pendant la période d'expulsion, qui durait plus de 3 heures; une fois même la période d'expulsion durait depuis 15 h. 1/2.

Nous croyons alors que ces faits nous dispensent d'insister sur la nécessité de ne pas éliminer systématiquement, comme le fait Dubé, les cas où la femme n'avait pas accouché *spontanément*.

Dubé trouve aussi que le pourcentage des primipares ayant accouché en moins de 12 heures est plus élevé chez les primipares âgées; mais nous pensons que cela n'a rien de significatif, car il ne nous donne pas la durée de celles qui ont mis plus de 12 heures pour accoucher; il nous semble que, justement, chez celles-ci l'on pourrait trouver les accouchements qui ont été plus longs. D'ailleurs, Dubé s'étonne de n'avoir trouvé que de légères différences dans la durée de l'accouchement chez les primipares de tout

âge : « En effet dit-il, sur la foi des auteurs nous nous attendions à des résultats un peu différents de ceux que nous avons donnés ».

Dieterlen dit que, jusqu'à 35 ans, la durée totale du travail ne varie que très peu, elle reste de 15 à 16 heures. A partir de 35 ans, elle augmente subitement, pour atteindre, chez les femmes très âgées le chiffre de 33 heures (Courtade, p. 55).

Quelques auteurs ont cherché sur quelle période du travail porte surtout le retard.

Necker, se basant sur les résultats de ses 442 vieilles primipares, est d'avis que la première période n'est pas influencée par l'âge, mais seulement la seconde. Kleinwachter estime que c'est sur la période de dilatation que porterait l'augmentation de la durée du travail, tandis que la deuxième période serait à peine modifiée.

Courtade s'appuie sur les tableaux ci-après, pour conclure que la durée de l'accouchement s'applique aussi à la période d'expulsion :

Kleinwachter		Courtade	
Primipares		*Primipares*	
Expulsions :		Expulsions :	
Jeunes.....	1 h. 35'	Au-dessus de 30 ans..	2 h. 02'
Moyennes...	1 h. 46'	De 30 à 35 ans.....	2 h. 09'
Agées.....	2 h. 09'	Au-dessus de 35 ans..	2 h.

Après cette courte revue d'opinions des auteurs, nous voici amenés à conclure conformément à nos résultats et d'après les statistiques des auteurs

nous trouvons que l'*accouchement chez les primipares âgées est plus long que chez les jeunes ou celles d'âge moyen et que cette augmentation de la durée du travail porte aussi bien sur la première période que sur la période d'expulsion.*

Causes de la lenteur du travail

Le travail étant reconnu plus long, il se pose cette question : Quelles sont les causes qui peuvent intervenir sur la marche de l'accouchement et la rendre plus lente?

Les auteurs qui ont abordé le sujet reconnaissent trois causes de cette lenteur :

a) La faiblesse des contractions utérines; *b*) la rigidité des parties molles; *c*) l'ankylose du coccyx.

Voyons quelle est la part de vérité revenant à chacune de ces causes.

1° *La faiblesse des contractions utérines* est signalée maintes fois dans les observations de nos primipares âgées. Sur 119 cas de contractions utérines, 41 fois elles ont été notées comme faibles ou très faibles, 12 fois l'application du forceps a trouvé son indication pour inertie utérine plus ou moins complète, ce qui donne une proportion de 10,08 %.

Notre résultat sur ce point n'offre, avec celui de Kleinwachter, qu'une différence peu sensible, puisque cet auteur l'a observé dans une proportion de 8,92 % (5 fois chez 56 primipares âgées).

Caillods trouve 47 fois sur 131 les contractions

utérines faibles ou peu rapprochées et 16 applications de forceps ont été nécessaires pour la même cause.

Il semble donc bien permis d'attribuer à cette faiblesse de contractions une très grande part dans la trop longue durée de l'accouchement.

Quelle est donc la cause de cette faiblesse des contractions utérines?

Pour Courtade, une certaine débilité générale pouvant se rattacher à une maladie antérieure, la distension exagérée de l'utérus (il mentionne les fortes proportions de grossesses gemellaires et les fibromes chez les vieilles primipares) seraient les causes les plus importantes.

Dubé, Caillods et Le Chuiton (ce dernier trouve 25 % d'application de forceps pour inertie utérine chez les primipares tardives) invoquent la dégénérescence fibromateuse comme une cause du retard de l'accouchement. « Comme on l'a vu, dit Caillods, à propos des fibromes qui se rencontrent uniquement chez les primipares âgées, il semble certain que l'âge a une action modificatrice sur le tissu utérin. Par leur présence, ces tumeurs fibreuses mettent en évidence les modifications que subit l'utérus en vieillissant : par suite de son inaction prolongée et anormale, il perd sa force et n'a plus, lorsqu'il en a besoin, l'énergie nécessaire. »

2° *La rigidité des parties molles.* — La prolongation de la durée du travail se relie parfois à la rigidité des parties molles, dont l'importance était, pour les anciens auteurs, considérable. Ici, en effet, les contractions sont fortes au début, mais la période de la

dilatation se prolonge outre mesure et bientôt il en résulte cette fatigue de l'utérus et l'épuisement général de la femme (Charpentier, t. II, p. 8).

Souvent, ce qui est pris pour la rigidité est, dans la plupart des cas, le fait de la paresse et de l'insuffisance dans l'action contractive de l'utérus.

Généralement, il est difficile de faire la part de ce qui revient dans la lenteur du travail à chacune de ces deux causes (Doleris). Cet auteur n'admet point que l'âge puisse avoir d'influence sur la rigidité du col; pour lui, « le tissu reste automatiquement identique à lui-même... et il n'est pas plus porté à se raidir contre les efforts normaux chez une vieille femme primipare que chez une jeune».

Varnier, dans sa thèse, recherchant les causes de la prolongation outre mesure de l'accouchement chez les primipares, repousse l'erreur qui jusqu'alors mettait, dans la rigidité du col, le facteur principal de cette durée prolongée. Wallich et Bouffe de Saint-Blaise n'ont trouvé aucune lésion histologique de tissus. Soledo, en 1890, sous l'inspiration de Wallich, conclut que la plupart du temps ce n'est pas dans le col qu'il faut chercher les raisons de sténose passagère, mais dans l'absence d'un des facteurs habituels de la dilatation et, en particulier, dans l'inertie utérine.

Courtade prétend, contrairement, que la rigidité des parties molles est, de toutes les causes invoquées, celle qui compte les plus nombreux partisans, et c'est de cette cause, comme amenant la prolongation du travail, qu'il se déclare partisan. Il partage, d'ailleurs,

la manière de voir de Dieterlen, qui s'exprimait ainsi : « S'il est un tissu dont on puisse dire que l'âge le *racornit*, le rend dur et coriace, c'est bien la peau ; or, chez les femmes âgées, qui sont enceintes pour la première fois, on doit s'attendre à tous les obstacles que peut susciter à l'expulsion du fœtus un périnée qui n'a pas été distendu à l'âge propice et que le nombre des ans a rendu dur et inextensible ».

Dans notre statistique nous avons relevé 3 cas d'accidents dystociques dus à la rigidité secondaire du col : un cas de rigidité et d'œdème du col chez une primipare âgée de 31 ans, avec un bassin rétréci : on fait une cranioclasie sur l'enfant mort et une suture du col ; un cas de rigidité du col chez une primipare âgée de 36 ans, où on a appliqué la cranioclasie sur un fœtus mort et putréfié ; un cas de rigidité du col chez une primipare âgée de 36 ans avec une cypho-scoliose dorso-lombaire, où on est intervenu aussi par une cranioclasie.

Ce résultat ne nous semble pas du tout confirmer l'opinion si pessimiste des auteurs, et c'est avec juste raison, à notre modeste avis, que Dubé dit : « Nous avouons ne pas comprendre cette déchéance de tissu chez une femme qui peut encore devenir enceinte et qui, par conséquent, dépasse, sauf quelques exceptions, tout au plus 40 et quelques années. Cette femme est une vieille primipare, c'est vrai, mais est-ce pour cela qu'elle est une vieille femme? »

3° *Ankylose du coccyx.* — Les anciens, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, attribuaient à la soudure du coccyx une grande part des difficultés

que l'on observe dans l'accouchement des primipares âgées. Coccio (p. 7) et d'autres auteurs s'élèvent avec ardeur contre cette prétendue action défavorable de l'ankylose du coccyx. « La science, dit Ceccio, a depuis longtemps fait justice de cette opinion. Le passage de la tête *a fortiori*, l'application du forceps suffit pour rompre cette ankylose, étant admis qu'elle existe, ce qui n'est pas démontré, etc. On sait aussi que le moyen, proposé par Deventer, d'introduire le pouce à travers la vulve sur la région précoccygienne, pour repousser le coccyx en arrière et rompre ainsi l'ankylose, ne lui réussissait que parce que ce moyen provoquait, en raison de la pression sur le plexus sacré, des contractions utérines par actions réflexes, lesquelles ravivaient le travail ralenti, hâtaient le complet engagement et la sortie de la tête du fœtus. »

Bonnedame a rencontré, chez 697 primipares âgées, 4 cas d'ankylose du coccyx ayant joué un rôle important dans la prolongation de la durée d'expulsion, mais n'ayant pas exigé une intervention. Caillods en rapporte 2 cas. L'opinion de Varnier, sur ce sujet, nous l'avons apportée plus haut.

Courtade et Le Chuiton n'ont pas constaté de cas d'ankylose du coccyx chez les primipares âgées.

Nous n'avons trouvé, dans notre statistique, aucun cas de cet ankylose. Aussi ne croyons-nous nullement au rôle que faisaient jouer les auteurs à l'ankylose du coccyx dans la plus longue durée du travail chez les vieilles primipares.

Nous pensons alors que des trois facteurs donnés

par les auteurs pour expliquer la prolongation de la durée de l'accouchement chez les primipares tardives, un mérite d'être conservé, c'est l'*inertie utérine*, c'est-à-dire la plus grande faiblesse des contractions du muscle utérin.

Ajoutons qu'ayant recherché dans quelle proportion y a-t-il eu arrêt complet du travail, avant la dilatation complète, nous avons trouvé 7 cas dans lesquels les contractions ont cessé à la dilatation entre 1 et 5 francs, ce qui nous donne un pourcentage de 18,9 % des cas qui ont nécessité une intervention.

Complications du travail

a) *Rupture prématurée des membranes.* — Le professeur Pinard, rappelant qu'il n'a pas encore été possible de démontrer avec évidence la minceur et la fragilité des membranes, dit que « la rupture prématurée des membranes est causée, le plus souvent, par l'insertion du placenta sur le segment inférieur».

Cette rupture prématurée des membranes a lieu plus souvent chez les multipares que chez les primipares (Dubé, p. 73). En effet, M. Pinard, sur 147 cas, l'a observé chez 54 primipares et chez 93 multipares.

Nous avons relevé, chez nos 119 primipares âgées, 41 ruptures prématurées et spontanées, ce qui nous donne une porportion de 34,4 %. Le Chuiton en constate 24,7 %, tandis que Caillods n'en donne que 9 %. Dubé, en faisant une statistique de comparaison pour les primipares de tout âge, arrive à la conclusion que

les ruptures prématurées augmentent avec l'âge des primipares. Peyrot constate le même fait.

b) *Déchirures du périnée.* — Nous avons laissé de côté tous les cas où il s'agissait d'éraillures ou de petites déchirures de la fourchette, pour ne faire entrer en ligne de compte, à l'exemple des auteurs, que les déchirures ayant nécessité au moins deux points de suture, et voilà que nous trouvons 21 cas, soit une proportion de 17,6 % de déchirures du périnée. Sur ces 21 cas, 3 seulement ont été faites artificiellement par épisiotomie médio-latérale, afin d'éviter le prolongement de la déchirure vers le sphincter de l'anus. Notre proportion est inférieure à celle des auteurs, sauf que la proportion de Dubé en est un peu plus faible.

Les auteurs trouvent : Dubé : 14,9% de déchirures; notre statistique : 17,6% de déchirures; Le Chuiton : 22,5% de déchirures; Kleinwachter : 30 % de déchirures.

Dubé a constaté que la proportion des déchirures est plus forte chez les vieilles primipares :

Chez 295 primipares	jeunes.....	22	déchirures, soit	7,4%
— 291	— d'âge moyen	33	—	11,3%
— 248	— âgées.....	37	—	14,9%

Reste à expliquer la cause de cette plus forte proportion chez les primipares âgées.

Pour Courtade, c'est la rigidité des parties molles qui en serait la cause.

Pourtant Dubé trouve que : sur 22 déchirures chez les jeunes primipares, on a eu recours 2 fois au forceps; sur 33 déchirures chez les primipares d'âge moyen,

on a employé 1 fois le forceps; sur 37 déchirures chez les primipares âgées, on est intervenu 17 fois par le forceps.

Nous avons constaté aussi dans notre statistique que, dans les 21 cas de déchirures du périnée, on a employé 8 fois le forceps. Si, comme nous venons de le voir, la proportion de déchirures est plus forte chez les vieilles primipares, il se pose une question en même temps : ne serait-ce pas le forceps plutôt qui est la cause réelle des déchirures si fréquentes chez les primipares âgées? Et nous croyons que c'est avec raison que Dubé dit : « Les déchirures du périnée ne seraient plus fréquentes chez les primipares âgées, si on avait été plus sobre du forceps chez les vieilles primipares ».

Si nous laissons une part au plus grand nombre des applications de forceps chez les primipares âgées dans la genèse des déchirures du périnée, si nous tenons compte que la longue période d'expulsion entraîne souvent une infiltration œdémateuse des tissus du périnée, nous trouvons facilement l'explication du plus grand nombre de déchirures, sans être obligé de faire intervenir un facteur aussi problématique que la rigidité ou le racornissement des tissus.

Interventions

La plupart des auteurs sont unanimes à trouver que l'accoucheur est dans la nécessité d'intervenir plus souvent chez les primipares.

Nous avons recherché le nombre d'interventions

chez les primipares âgées. Pour établir une comparaison avec le nombre d'interventions chez les autres primipares, nous apporterons les proportions d'intervention que les auteurs ont trouvées chez les primipares jeunes et d'âge moyen.

Sur nos 119 primipares âgées :

1° 22 forceps ont été appliqués : 3 fois pour souffrance fœtale; 1 fois dans la grossesse gemellaire; 1 fois sans cause notée, le travail ayant été très rapide; 17 fois pour inertie utérine;

2° 2 embryotomies ont été faites : 1 fois pour présentation du siège sur un fœtus mort pendant le travail; 1 fois chez une cypho-scoliotique dorso-lombaire sur un fœtus mort pendant le travail trop long;

3° 5 embryotomies ont été faites : 2 fois pour bassins viciés sur fœtus morts pendant le travail; 1 fois pour rigidité secondaire du col sur un fœtus mort pendant le travail; 2 fois pour inertie utérine avec arrêt complet du travail, sur les fœtus morts pendant le travail;

4° L'extraction de fœtus a été faite 6 fois pour présentation du siège;

5° L'accouchement a été provoqué 1 fois pour bassin vicié;

6° L'intervention chirurgicale a été faite pour une grossesse extra-utérine.

Soit 37 différentes interventions ont été faites chez nos vieilles primipares, ce qui fait une proportion de 31,09 %.

Les chiffres et le pourcentage donnés plus haut portent indistinctement sur toutes les primipares

âgées. Comme pour l'accouchement, il serait nécessaire d'éliminer tous les cas où les fœtus n'étaient pas à terme et où les bassins n'étaient pas normaux. Car un bassin vicié, qui a réclamé une intervention chez une primipare tardive, l'aurait nécessitée aussi chez la femme de 20 ans. Or, comme nous l'avons vu précédemment, 119 primipares âgées ont fourni :

9 bassins viciés; 12 enfants de moins de 2.500 grammes; d'où 21 cas à éliminer. Mais sur ces 21 cas seulement : 5 cas de bassins viciés ont demandé des interventions; 1 enfant de moins de 2.500 grammes a nécessité l'application de forceps. A éliminer au total 6 cas d'interventions sur les 37, nous arrivons alors à un chiffre total de 31 interventions sur 119 accouchements, soit 25,9 %. Ce résultat est de beaucoup inférieur à celui de 31,09 % trouvé pour toutes les interventions sans distinction.

Pour nous rendre compte de la fréquence d'intervention chez les primipares jeunes et d'âge moyen, jetons un coup d'œil sur les proportions trouvées par Dubé :

Chez les primipares jeunes : 2,3 % d'intervention.

Chez les primipares d'âge moyen : 5,29 % d'intervention.

Chez les primipares âgées : 30,4 % d'intervention.

Ces chiffres nous démontrent bien que le nombre d'interventions est plus considérable chez les vieilles primipares que chez les autres.

Parmi les interventions les plus fréquentes est l'application du forceps, qui a été employé 22 fois sur 37 interventions, ce qui nous fait 59,4 %.

Pour les auteurs, la moyenne d'intervention a été, chez les primipares âgées :

Kleinwachter donne.....	39,26 %	d'intervention.
Caillods —	25,9 %	—
Notre statistique donne.....	25,9 %	—
Dubé —	30,4 %	—
Truzzi —	55, %	—

Nous croyons être d'accord avec la plupart des auteurs pour soutenir que les interventions sont très fréquentes chez les vieilles primipares, le plus souvent à la suite de l'inertie utérine.

CHAPITRE V

DÉLIVRANCE

Durée. — Nous n'avons pu faire de recherches sur la durée de la délivrance normale, dans les observations que nous avons étudiées.

D'après Kleinwachter, il semblerait résulter que la durée de la troisième période de l'accouchement ne subit aucune influence de l'âge de la parturiente. Cet auteur, faisant une étude de comparaison de primipares jeunes, d'âge moyen et vieilles, trouve la durée moyenne de la délivrance représentée par à peu près les mêmes chiffres pour les trois groupes de primipares.

Dubé conclut que la durée de la délivrance augmente avec l'âge des primipares; voilà ce qu'il trouve comme moyenne de la délivrance :

Primipares jeunes : 33 m. 56";

Primipares d'âge moyen : 57 m. 39";

Primipares âgées : 42 m. 35".

Ces moyennes sont un peu supérieures à celles de Ribemont-Dessaignes et Lepage, qui ont surveillé attentivement la rétraction de l'utérus chez les vieilles primipares et ont trouvé qu'au bout de 20 à 30

minutes le placenta et les membranes sont complètement décollés.

Ajoutons que, chez nos 119 primipares âgées, nous n'avons trouvé qu'une fois la délivrance ayant été faite après 2 h. 5 minutes ce qui nous semble confirmer l'opinion de Kleinwachter et de Ribemont.

Délivrance artificielle. — Nous avons constaté, chez les 119 primipares âgées : 4 délivrances artificielles pour inertie utérine et 1 délivrance artificielle pour hémorragie, soit une proportion de 4,2 %.

Dubé trouve :

Chez les primipares jeunes : 0,34 % de délivrance artificielle ;

Chez les primipares d'âge moyen : 0,68 % de délivrance artificielle ;

Chez les primipares âgées : 7,6 % de délivrance artificielle.

Notre pourcentage est inférieur à celui de Dubé quant aux vieilles primipares, et nous apercevons dans la statistique de cet auteur que la proportion de délivrance artificielle augmente avec l'âge de la primipare.

Il est incontestable que c'est l'*inertie utérine* qui intervient comme cause de ces délivrances artificielles chez les primipares âgées. Nous avons, en effet, trouvé 4 délivrances artificielles sur 5 pour inertie utérine.

Hémorragie de la délivrance. — Nous avons trouvé, chez les 119 primipares âgées, 15 cas d'hémorragie où l'observation a signalé une abondante perte san-

guine pendant la durée de la délivrance, sans toutefois que la quantité en ait été notée. Nous avons alors une proportion de 12,6 % d'hémorragie de la délivrance.

Caillods et Dubé donnent les proportions suivantes :

	Caillods	Dubé
Pour les primipares jeunes.....	7,6 %	1,03 %
— d'âge moyen	6,1 %	0,68 %
— âgées.....	12 %	2,16 %

Quoique les chiffres soient différents chez les auteurs, un fait attire notre attention : *c'est l'augmentation de la fréquence d'hémorragie de la délivrance chez les primipares tardives.*

Rétention des membrances. — Nous avons constaté 11 cas de rétention des membranes, dont le pronostic a été relativement bénin dans presque tous les cas. Dans un seul cas de rétention partielle, les lochies ont été malodorantes avec de la fièvre pendant quatorze jours, atteignant 40° : encore faut-il remarquer que la délivrance a été faite artificiellement.

Pour Truzzi et Dubé, ce sont les primipares au-dessous de 35 ans qui donnent le plus fréquemment la rétention des membranes.

Nous croyons, en nous basant sur nos observations, que le pronostic de la délivrance est favorable pour les vieilles primipares, et cela grâce à l'antisepsie permettant de lutter avec succès contre les accidents.

CHAPITRE VI

POST-PARTUM

Morbidité et mortalité maternelle. — Pronostic.

a) *Morbidité.* — En étudiant les différentes constatations concernant les primipares âgées : augmentation du nombre des complications de la grossesse, durée plus longue de l'accouchement et plus grande fréquence d'interventions, nous aurions dû nous faire fatalement une idée pessimiste sur le pronostic chez les primipares tardives. Jetons un regard sur la statistique et nous trouvons, sur nos 119 observations : 37 accouchées ont eu la fièvre à oscillations variables, parmi lesquelles voici ce que nous trouvons comme cause pouvant nous l'expliquer :

2 cas de lymphangite du sein; 10 cas d'infection puerpérale; 1 cas de grossesse extra-utérine; 1 cas de phlegmon du ligament large; 1 cas de rétention partielle des membranes; 1 cas de sphacèle vulvaire; 1 cas de petite syncope après l'accouchement chez une cypho-scoliose dorsale; 1 cas de phlébite bi-latérale, consécutive à une péri-phlébite variqueuse.

Reprenant les 10 cas d'infection puerpérale plus ou moins légère, nous trouvons :

1 intervention pendant une présentation du siège, pour extraire la tête dernière par perforation; 1 intervention par cranioclasie; 1 intervention par hystérotomie vaginale, cranioclasie et délivrance artificielle; 1 intervention par craniotomie, cranioclasie et rétention des membranes; 1 intervention par le forceps, rétention des membranes; 2 interventions par le forceps; 1 intervention par le forceps dans une grossesse gemellaire; 1 cas de rétention des membranes avec déchirures du périnée; 1 accouchement prématuré à 8 mois, le fœtus mort pendant le travail.

Nous avons donc 18 cas de complications de suites de couches, soit 15,1 %.

Caillods trouve, chez les primipares de tous âges, les proportions suivantes :

Chez les primipares jeunes : 12,2 % de complications;

Chez les primipares d'âge moyen : 11,4 % de complications;

Chez les primipares âgées : 10,7 % de complications.

Notre proportion semble donc être un peu plus forte; mais, en tout cas, elle se tient dans la limite moyenne.

Pourtant Dubé ne constate que 4,2 % de complications chez les primipares âgées, tout en confirmant que les complications de suites de couches ne sont pas plus fréquentes chez celles-ci.

Nous ne pouvons donc pas conclure en nous basant sur notre statistique seule; mais, en tenant compte des résultats de Caillods et de Dubé, nous croyons

que les complications des suites de couches ne sont pas plus fréquentes chez les primipares âgées que chez les autres.

b) *Mortalité.* — Nous n'avons trouvé aucun cas de mort parmi nos 119 primipares âgées. L'absence de cas de morts dans les observations que nous avons étudiées ne nous permet pas de conclure sur la fréquence de la mortalité chez les vieilles primipares. Néanmoins, nous croyons intéressant d'apporter quelques résultats des auteurs à ce sujet.

Dubé ne constate non plus de mortalité chez les primipares âgées; mais, en même temps, il n'en trouve ni chez les jeunes primipares, ni chez celles d'âge moyen.

Courtade donne une mortalité maternelle très élevée :

Chez les primipares au-dessous de 30 ans : 10,49 %.
Chez les primipares de 30 à 35 ans : 13,60 %.
Chez les primipares de 35 ans et plus : 14,58 %.

La mort par infection puerpérale entre pour une bonne part dans cette mortalité si élevée. Aussi, Courtade a soin d'ajouter : « Il y aurait intérêt à faire, au point de vue de la mortalité chez les primipares, de nouvelles recherches en partant du jour où la méthode antiseptique a été suivie dans toute sa rigueur à l'hôpital des cliniques ».

Truzzi en faisant une statistique de comparaison de la mortalité maternelle chez les primipares âgées avant et depuis l'antisepsie, donne comme suit :

Avant l'antisepsie :

Primipares au-dessus de 35 ans	13 %
— au-dessous de 35 ans.....	9 %
Depuis l'antisepsie :	
Primipares au-dessus de 35 ans.....	3 %
— au-dessous de 35 ans.....	2,08 %

Sans aller jusqu'à la conclusion trop absolue, nous pouvons pourtant affirmer que, grâce à l'antisepsie scrupuleusement appliquée à la Maternité de Nancy, la mortalité, chez les primipares tardives, y a presque complètement disparu.

Allaitement. — Pour avoir un ensemble sur le pronostic maternel chez les primipares âgées, nous nous sommes intéressé à savoir quelle est la valeur de l'allaitement d'une vieille primipare?

Nous avons pu constater, sur les 119 primipares âgées, que 88 présentaient des conditions normales et bonnes comme nourrices : leurs enfants se développaient très bien, selon la courbe ordinaire du poids des enfants normaux. Une femme étant anémique a été notée comme mauvaise nourrice; une autre, considérée aussi comme mauvaise nourrice, a été atteinte d'une infection puerpérale; dans le troisième cas d'insuffisance de l'allaitement, le nouveau-né présentait des ulcérations spécifiques sur la plante du pied, la pomme de la main et sur les muqueuses buccales.

Nous voyons qu'en la grande majorité des cas, si on ne peut pas dire dans la presque totalité,

les primipares âgées se montrent comme d'excellentes nourrices et ne cèdent en aucune façon aux jeunes primipares.

Pour conclure, il nous semble que, pour les vieilles primipares, le pronostic devrait être considéré, au point de vue post-partif, comme celui des autres primipares, c'est-à-dire, à notre modeste avis, il est encourageant.

CHAPITRE VII

ENFANTS. — PRONOSTIC

Nous étudierons successivement, chez les enfants de primipares âgées : le sexe, le poids, la morbidité et la mortalité.

Sexe. — Plusieurs auteurs se sont attachés à déterminer le sexe de l'enfant d'après l'âge relatif des conjoints. Surtout Bidder s'est occupé de la question en observant 1.220 primipares âgées. Voici ce qu'il dit : « Il semblerait que le sexe tienne à la quantité mâle ou femelle de l'ovule. Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge ou dans un âge avancé ; c'est, au contraire, dans la pleine floraison de la femme que les ovules femelles se trouveraient dans les mêmes conditions et, à ce moment, la femme imposerait son propre sexe ».

D'autres auteurs trouvent l'influence de l'âge sur le sexe un peu problématique. La question est, comme nous voyons, très délicate à être définitivement tranchée.

Pourtant, il nous semble assez significatif que le résultat de notre statistique donne une forte majo-

rité aux garçons : sur 110 nouveau-nés, dont le sexe nous est connu, nous avons 63 garçons et 47 filles.

Truzzi démontre que le nombre d'enfants du sexe masculin l'emporte jusqu'à l'âge de 34 ans, où il y a 120,4 garçons sur 100 filles. La proportion diminue légèrement de 35 à 39 ans, où il y a 117,5 garçons pour 100 filles; tandis que, quand la primipare dépasse 40 ans, la proportion devient 82,8 garçons pour 100 filles.

Nous nous contenterons seulement, sans vouloir conclure, de constater, d'après le résultat de notre statistique, que le nombre de garçons est plus considérable chez les primipares âgées.

Poids des enfants. — La question du poids des enfants des primipares tardives a suscité une discussion des plus acharnées parmi les accoucheurs, qui se sont partagés en deux camps : Mangiagalli, Kleinwachter, Courtade prétendent que le poids des enfants diminue à mesure que l'âge des primipares augmente; Mauriceau, Cohnstein et Werliche sont d'avis contraire.

Necker trouve dans ses tableaux une différence de 12 grammes comme poids des enfants et de 0 gr. 08 pour la longueur, en faveur des primipares tardives.

Halban déclarait, au 81e Congrès des naturalistes et médecins, à Zalcburg, que plus les femmes sont âgées, plus l'œuf est gros; il l'a constaté par des observations d'œufs et de larves dans la série animale, observations qu'il a présentées sous forme de tableaux.

Courtade déclare que le poids de l'enfant diminue à mesure que l'âge de la mère augmente.

Le professeur Pinard a établi pour la première fois, dans sa note à l'Académie, en 1895, que les femmes qui se reposent ont des enfants d'un poids plus élevé. M. Pinard trouve que les enfants dont les mères se sont reposées ont un poids supérieur de 365 grammes en moyenne aux enfants dont les mères ont travaillé jusqu'au dernier jour de la grossesse. Cette constatation s'applique aussi bien aux enfants de primipares âgées qu'aux enfants de toute autre accouchée. Grenier et Le Chuiton, ayant fait des recherches sur le poids des enfants dont les mères se sont reposées ou non, arrivent à des conclusions identiques.

Chez nos primipares âgées, nous avons trouvé une proportion de 57,2 % de garçons sur les 110 nouveaunés. Les 63 garçons présentaient un poids total de 190 kil. 295 gr.; le poids moyen d'un garçon était de 3.020,5 gra mes. Les 47 filles donnaient un poids total de 132 kg. 860 gr.; chaque fille pesait en moyenne 2.826,8 grammes.

Nous remarquons alors que la proportion de garçons l'emporte sur celle de filles chez nos primipares âgées et que le poids d'un garçon est plus élevé que celui d'une fille.

Pour savoir si le poids des enfants de vieilles primipares diffère en moyenne du poids des enfants des autres primipares, nous avons cru utile de comparer nos chiffres avec les résultats des auteurs.

Nous avons trouvé, chez nos primipares, une moyenne de 2.923,6 grammes pour un enfant, sans distinction de sexe.

Dubé trouve :

Chez les primipares jeunes, un poids moyen de 3.200 gr.
— d'âge moyen — 3.100 gr.
— âgées — 2.896 gr.

Courtade donne :

Chez les primipares au-dessous de 30 ans, un poids moyen de 3.095 gr.;

Chez les primipares de 30 à 35 ans, un poids moyen de 3.043 gr.;

Chez les primipares de 35 ans et plus, un poids moyen de 3.033 gr.

Nous voyons qu'il y a une différence dans les chiffres des auteurs, mais que la plupart d'entre eux arrive à la conclusion vers laquelle nous nous rallions, que les enfants de vieilles primipares ont un poids moyen inférieur à celui des enfants des autres primipares.

Morbidité fœtale. — Dans notre statistique nous avons observé sur 110 nouveau-nés les malformations suivantes :

1 bosse séro-sanguine après une application de forceps; 1 ictère intense apparu le troisième jour; 1 coryza spécifique, l'enfant né étonné; 1 ictère intense; 1 bosse séro-sanguine, enfant spécifique; 1 céphalhématome; 1 céphalhématome après application de forceps; 1 hémorragie conjonctivale.

Soit 8 cas de morbidité, ce qui donne une proportion de 7,09 %. Si nous éliminons les deux cas d'accidents dus au forceps, il nous reste une proportion de 5,4 %.

Le Chuiton donne, pour les primipares tardives,

une proportion de 6 % de morbidité infantile. Caillods trouve, pour les primipares d'âge moyen, une proportion de 1,3 % de morbidité infantile.

Il est évident alors que notre résultat, concernant la morbidité infantile, n'est pas en faveur des primipares âgées, dont le pronostic infantile doit être considéré comme réservé.

Mortalité infantile. — Il est important de savoir si la primiparité tardive n'a pas d'influence sur l'état de l'enfant à la naissance. Nous avons vu, d'une part, la durée plus longue de l'accouchement; d'autre part, le plus grand nombre d'interventions effectuées au cours de l'accouchement chez les vieilles primipares; il nous semble utile, ces constatations faites, de rechercher si l'on trouvait à l'âge avancé une influence sur la mortalité infantile.

Pour jeter un peu de lumière sur cette question, nous avons soigneusement étudié les observations concernant les enfants de nos primipares tardives. Nous nous sommes intéressés à l'état dans lequel ils se trouvaient à la naissance — immédiatement après leur naissance — et nous les avons suivi, autant qu'il était possible de le constater, dans les observations, c'est-à-dire jusqu'au neuvième jour environ, date moyenne de leur sortie de la Maternité.

Nous avons constaté, sur les 119 primipares âgées, 22 cas de mortalité infantile, soit une proportion de 18,4 %, qui se répartissent ainsi :

5 morts pendant le travail trop long à la suite de l'infection utérine;

1 mort pendant le travail trop long dans une présentation du siège;

1 mort pendant le travail trop long à la suite d'infection utérine, bassin rétréci;

1 mort pendant l'extraction de la tête dernière dans une présentation du siège;

1 mort pendant le travail très long avec six applications de forceps;

1 mort pendant le travail dans une grossesse gemellaire, avec application de forceps;

1 mort pendant le travail chez une Σ, avec rétrécissement du bassin, l'accouchement ayant été provoqué à huit mois;

1 mort-né dans une présentation du siège, le cœur battait 35 minutes après la naissance, impossible de le ranimer;

1 mort-né macéré, Σ confirmée;

1 mort-né après l'application de forceps à la suite de l'inertie utérine;

1 nouveau-né mort le 5e jour, ayant présenté de l'hydroencéphalie ananceph.

1 nouveau-né mort le 1er jour de cause inconnue;

1 nouveau-né mort le 4e jour de cause inconnue, prématurée;

1 nouveau-né mort le 5e jour de cause inconnue, bassin rétréci;

1 nouveau né mort le 2e jour après application de forceps;

1 avortement de 6 semaines de cause inconnue;

1 avortement de 3 mois de cause inconnue;

1 grossesse extra-utérine.

Si nous ne prenons que les primipares accouchant à terme spontanément et à bassin normal, afin de laisser l'âge de la primipare exercer seul son influence, nous trouvons, sur 119 primipares âgées, seulement 8 cas de mort infantile, soit une proportion de 6,7 %.

Dubé donne une mortalité infantile :

Chez les primipares jeunes : 1,1 %;

Chez les primipares d'âge moyen : 1,4 %;

Chez les primipares âgées : 5,2 %.

Dubé attribue le grand nombre de mortalité infantile aux bassins viciés nécessitant le forceps et à l'albuminurie de la mère plus qu'à l'influence exercée par l'âge de la primipare.

Notre statistique, comme nous venons de le voir, ne diffère pas de beaucoup du résultat trouvé pour les vieilles primipares par Dubé; mais nous croyons attribuer le fait incontestable de la plus forte proportion de mortalité infantile chez les primipares tardives, à la prolongation de l'accouchement chez celles-ci, pour la plupart causée par l'inertie utérine. Il nous semble bien évident que *c'est l'âge de la primipare qu'il faut accuser dans la grande proportion de mortalité infantile chez les primipares âgées.*

Bonnedame constate les proportions suivantes de mortalité infantile :

Chez les primipares âgées de 28 à 30 ans : 14,77 %;

Chez les primipares âgées de 30 à 32 ans : 16,96 %;

Chez les primipares âgées de 32 ans et plus : 17,75 %,

et il conclut en s'associant à la manière de penser de Dubé. De même avis est Caillods.

Nous voyons, d'après les recherches des auteurs, que, sur la question de mortalité infantile chez les vieilles primipares, nous nous trouvons d'accord avec eux, malgré que nos chiffres diffèrent, et nous restons de leur avis que : *les enfants des primipares âgées ont un pronostic général moins favorable que les enfants des autres primipares.*

CHAPITRE VIII

CONDUITE A TENIR

L'accouchement s'effectue généralement d'une façon spontanée, sans danger pour la vie de la mère; mais, à cause de la forte proportion de déchets infantiles, il serait imprudent d'abandonner l'accouchement à lui-même, sous prétexte qu'une fonction physiologique doit toujours s'accomplir par la seule mise en œuvre des forces naturelles.

Pour parer aux éventualités pouvant survenir, quelles sont les ressources dont dispose l'accoucheur? C'est de celles-ci que nous nous occuperons dans notre dernier chapitre, en le divisant en trois parties correspondant aux trois temps de l'accouchement: les prodromes, la dilatation et l'expulsion — chacun d'eux exigeant des indications particulières.

De la conduite à tenir pendant la période prodromique

L'accoucheur devrait toujours examiner ses clientes pendant un certain temps avant leurs couches, en faisant, à ce moment, une espèce d'enquête mé-

dicale. Les trois points essentiels que cette enquête doit rechercher sont : *a*) la femme est-elle enceinte?; *b*) est-elle à terme?; *c*) est-elle en travail?

La première question sera facilement résolue par l'examen local et un interrogatoire, en ayant soin de se renseigner sur la marche qu'a suivi la grossesse et notamment sur les incidents qui se sont produits au cours de celle-ci et dans les derniers temps. On aura soin de rechercher les signes de la descente de l'utérus, qui indiquent qu'une partie fœtale a déjà franchi le détroit supérieur et, par conséquent, sont d'un bon pronostic, en écartant presque à coup sûr l'idée d'un rétrécissement du bassin. On peut apprécier la forme générale de l'utérus, ses dimensions et sa souplesse, permettant de reconnaître la situation du fœtus, ce qui a une importance capitale, car si la présentation est vicieuse, on peut y remédier par la version par manœuvres externes. Ajoutons que cette manœuvre est relativement difficile chez les primipares, parce que celles-ci n'ont pas le ventre et les parois utérines assez souples.

Ensuite, on fera un toucher qui dira si la femme est à terme, si le travail est imminent, s'il est déjà commencé et surtout quelle est la présentation; on fera attention si des amas compacts de matières fécales font saillir la cloison recto-vaginale et, dans ce cas, on fera évacuer le rectum. Si, enfin, on sent la vessie bomber en avant, il faudra la vider et, en cas de besoin, répéter le cathétérisme.

De la conduite à tenir pendant la période de dilatation

Une fois le travail commencé, quelle doit être l'attitude de l'accoucheur jusqu'à sa fin? On reste effrayé, en parcourant les premiers ouvrages d'obstétrique, de l'activité qu'il fallait déployer au médecin selon les doctrines alors régnantes pour bien diriger un accouchement, surtout chez les primipares âgées.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire quelques-uns de ces préparatifs : emplâtres, onctions, saignées, fumigations, etc.

C'est depuis Mme Lachapelle, de la Motte, Baudelocque Smellie qu'on tend de plus en plus à abandonner ces pratiques pour laisser agir la nature.

« Toutes les fois, dit Mme Lachapelle, que l'*enfant bien portant* présente, dans une attitude commode pour lui-même, des *diamètres convenables* à ceux du bassin, que la mère n'éprouve *aucun accident* et que la nature douée de toute force *se contracte avec vigueur*, il faut laisser *agir la nature*, ou seulement *la diriger*. » On ne saurait trouver une formule plus heureuse à la loi que l'accoucheur doit s'imposer dans sa conduite

Nous voulons maintenant voir à quoi doit se borner le rôle de l'accoucheur à cette période de l'accouchement ?

A ce moment la présence du médecin est-elle nécessaire? Nous ne le croyons nullement, car chez les primipares âgées surtout, cette période est en moyenne assez longue (de 20 heures environ); il est suffisant de vérifier une ou deux fois pendant cet

intervalle la marche du travail, en laissant le reste du temps la cliente à la surveillance d'une garde. Pendant chaque examen, on notera le progrès de la dilatation, on vérifiera si les battements fœtaux sont normaux et si la parturiente vide bien sa vessie. On pourra permettre aux primipares le repos sur un fauteuil pendant cet intervalle, tant que la dilatation n'aura pas atteint ses plus grandes dimensions, à moins de raison spéciale (antéversion utérine, œdème, varices, rupture prématurée de la poche des eaux, etc.). Quand la dilatation atteint sa dimension maxima, « lorsque la tête arrive *au couronnement*, descend le long du vagin, la cliente devra garder le lit. » (Depaul).

Comme nous avons eu l'occasion de le constater plus haut, il arrive assez souvent, malheureusement, chez les vieilles primipares, que les contractions utérines s'arrêtent sans cause évidente, au cours de la dilatation, sans qu'elle soit complète et parfois même l'effacement à peine effectué. Que faire dans un cas pareil? Attendre, quand il n'y a pas de danger ni pour le fœtus, ni pour la mère. Mais si le stétoscope nous avertit que le fœtus commence à souffrir, il faut alors tâcher de précipiter la dilatation. Pour cela, nous avons différents moyens à notre disposition. Si les contractions sont très espacées, cependant assez fortes, on pourrait alors recourir à la quinine pour intensifier les contractions et les rendre plus rapprochées; mais, au cas de leur disparition complète, il faut recourir à la dilatation artificielle. On peut l'effectuer en enfilant, après narcose, d'abord un

ou deux doigts, et ensuite en s'efforçant de pénétrer dans l'utérus maintenu par la main externe. Parfois il est impossible de dilater le col utérin avec les doigts, malgré tous les efforts, ce qui arrive en cas de rigidité secondaire du col. Il faut alors avoir recours, pour prévenir les déchirures du col, à l'incision de celui-ci et ensuite. la tête descendue, achever le travail par un forceps.

Si la durée du travail a été trop longue; si l'enfant, après la rupture prématurée des membranes, a succombé pendant cet intervalle, et en cas de danger d'infection utérine menaçant la mère, sans que le col ait atteint la dilatation complète, il faut encore recourir au moyen de dilatation artificielle et achever l'accouchement.

En présence d'un enfant mort pendant le travail trop long, la dilatation ayant atteint une assez grande dimension, et si l'expulsion de la tête est empêchée par des obstacles pelviens, il faut recourir à l'embryotomie, dont les différentes méthodes sont exposées chez les classiques et dont la description peut se trouver en détail chez tous les auteurs.

Nous voyons que le rôle de l'accoucheur, pendant cette période, ne doit pas se borner purement et simplement à l'observation, mais aussi à la surveillance autant fœtale que maternelle pour les cas de danger.

De la conduite à tenir pendant la période d'expulsion

Le rôle actif du médecin ne commence qu'à partir

de ce moment; il doit, à chaque douleur, se trouver auprès de la parturiente, pour empêcher le dégagement trop brusque de la tête avec toutes ses conséquences éventuelles.

On doit s'assurer, aussitôt la poche des eaux rompue, de la position qu'occupe le fœtus, car plus tard le gonflement du cuir chevelu par le liquide séro-sanguin rend plus difficile la recherche des fontanelles et des sutures. Il est utile de conseiller à la cliente de tenir les jambes fléchies en abduction pendant les douleurs, cette position diminue, dans une certaine mesure, les résistances des différents points du canal pelvien. En effet, Schultze a démontré que la direction de l'axe utérin par rapport au bassin est considérablement modifiée selon que la colonne lombaire est fléchie ou étendue.

Quand la tête apparaît à la vulve pendant les contractions, il faut surveiller la femme *de visu*, en la découvrant, pour suivre attentivement les derniers moments de l'expulsion. On retirera à ce moment les oreillers de la tête et on les placera sous le siège, afin de relever le plancher pelvien pour le rendre plus accessible à la main.

A partir de ce moment, l'accoucheur doit mettre tous ses soins *à garantir le périnée* de déchirures, qui se produisent si fréquemment pendant le passage trop brusque de la tête par la vulve; nous avons vu plus haut la forte proportion de déchirures constatée chez les primipares âgées. Malgré de grandes précautions pour éviter cet accident, il se produit dans la plupart des cliniques.

Y a-t-il et quel est le moyen pour garantir le périnée dans la mesure du possible?

Parmi les différentes méthodes appliquées par les accoucheurs pour prévenir les déchirures éventuelles du périnée, nous appliquons celle décrite par Varnier dans l'*Obstétrique journalière* :

« *Ce qu'il faut*, dit Varnier, *c'est empêcher le front de sortir, avant que le passage des bosses pariétales et le dégagement de la nuque aient diminué la tension postérieure de l'orifice vulvaire.* »

Le trop rapide dégagement des épaules peut aussi produire une déchirure du périnée, malgré qu'il soit resté intact après le passage de la tête. Pour éviter cette éventualité, on peut passer le doigt dans l'aisselle et dégager lentement l'épaule postérieure avant de laisser s'effectuer la sortie du tronc.

L'expulsion du fœtus effectuée, la femme se sent profondément soulagée et, brisée de fatigue, ne tarde pas à s'endormir.

Il nous reste à étudier brièvement la question de l'intervention en cas d'arrêt de l'accouchement pendant sa dernière période, c'est-à-dire l'expulsion.

Nous connaissons trois moyens thérapeutiques ou opératoires pour hâter la terminaison du travail : les médicaments dits ocytociques, l'expression utérine et le forceps.

Avant d'étudier ces questions, nous voulons rappeler qu'il faut distinguer l'inertie utérine passagère ou fausse de l'inertie utérine vraie.

Si nous nous trouvons en présence de la première, nous n'entreprendrons aucune action ayant pour

résultat de hâter le travail; au contraire, nous laisserons la parturiente se reposer dans un bon sommeil, après lequel l'utérus retrouve toute sa force contractile. Il ne faut pas oublier que parfois l'arrêt passager du travail est causé par la distension de la vessie ou du rectum; il y a alors intérêt de les évacuer immédiatement. Aussi, la trop forte intensité de douleurs peuvent parfois amener l'affaiblissement ou même l'arrêt des contractions. Dans des cas pareils, on emploie différents médicaments pour calmer les douleurs : le chloral, le chloroforme et surtout l'opium, qui donnent d'excellents résultats.

Avons-nous affaire à l'inertie vraie, ce qui est le cas généralement chez les primipares âgées, nous n'aurons pas recours aux ocytociques, car nous ne croyons pas à l'efficacité de ces médicaments; nous ne pensons pas que ces remèdes puissent amener l'expulsion de l'enfant sans concours actif de la matrice, sur lequel on ne peut plus compter. Il est vrai que, quelques fois, on pourrait arriver à activer la contractilité utérine avec le seigle ergoté, agissant directement sur l'utérus, mais n'oublions pas le danger que court la mère, et surtout le fœtus puisque parfois il peut se produire un tétanisme mortel pour le fœtus à la suite de l'administration de ce médicament.

C'est pourquoi, à la Clinique obstétricale de Nancy, on donne dans des cas d'inertie utérine, de la quinine qui, quelquefois, peut provoquer des contractions assez énergiques, suffisantes pour amener l'expulsion de l'enfant.

La seconde intervention, qui a été en usage assez fréquemment chez les anciens accoucheurs, est l'*expression utérine appliquée au fœtus*. Ce procédé est complètement abandonné en France et, d'ailleurs, n'est nullement applicable chez les primipares et même chez les multipares, car il faut qu'elles aient les téguments abdominaux flasques et la paroi utérine mince.

La seule ressource qui reste entre les mains de l'accoucheur, en cas d'inertie utérine, est, dans de nombreux cas, le *forceps*.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici l'application du forceps; mais puisque cet instrument est devenu d'un emploi trop fréquent (souvent nous avons constaté que son application n'était pas justifiée), voilà ce que dit à ce sujet Dubé : « Nous ne voulons pas rappeler les indications du forceps ni montrer combien a changé depuis quelques années l'opinion des accoucheurs sur l'intervention par le forceps et son opportunité. Le précepte classique qui dit : « que chez toute femme en période d'expulsion depuis deux heures, il faille recourir au forceps», a été modifié par le professeur Pinard, qui enseigne qu'il n'y a indication d'intervenir que lorsque « *la tête à nu dans l'excavation* reste pendant au moins deux heures *sans progresser* ». Il est fréquent de voir des femmes primipares, chez lesquelles bien que la période d'expulsion dure pendant 3, 4, 5 heures ou même plus, l'accouchement se termine spontanément, sans que l'enfant souffre d'aucune manière.

Il est facile de comprendre que, de même que la

période de dilatation a une durée très variable, il en est très souvent de même pour la période d'expulsion (Ribemont-Dessaigne et Lepage).

Nous croyons que c'est le vieux précepte classique, et aussi le désir qu'a l'accoucheur d'en finir avec un accouchement qui menace d'être trop long, qui serait la cause de fréquentes applications de forceps inutiles chez les primipares âgées.

Le grand nombre de forceps faits pour « lenteur du travail », sans indications précises, que nous avons constaté dans les statistiques des auteurs et dans la nôtre, nous confirme cette opinion.

Lorsque l'état de la mère ou du fœtus exige réellement l'application de forceps, l'instrument doit être plongé et lavé dans une solution antiseptique et ensuite graissé avec de la vaseline phéniquée.

Après l'extraction du fœtus, on doit faire immédiatement un lavage antiseptique des parties génitales externes d'abord et ensuite on poussera le lavage dans le vagin, dans la direction du col utérin. La délivrance faite, on lave avec soin toutes les parties naturelles souillées avec une solution antiseptique; on laisse à demeure, entre les cuisses de l'accouchée, une compresse stérilisée imbibée d'une solution antiseptique qu'on change quotidiennement deux fois par jour.

Enfin, il faut prévenir une infection qui pourrait provenir du nouveau-né, c'est-à-dire de la plaie ombilicale infectée. On doit alors panser l'ombilic avec une préparation antiseptique.

Aussi l'accoucheur ne négligera jamais les soins de propreté, qu'il doit scrupuleusement observer lui-même.

Nous savons tous que, grâce à ces précautions prophylactiques, les anciennes épidémies puerpérales ont presque complètement disparu.

RÉSUMÉS DES OBSERVATIONS

1919

Nos

31. 36 ans. Durée tot. du trav., 12 h. Forceps. Garçon de 2.950 gr.

102. 36 ans. Durée tot. 12 h. Rupture prémat. des membranes. G. 2.400 gr. Insertion basse du placenta.

168. 33 ans. Durée tot. 16 h. 1/4. G. 2.800 gr. Ictère intense du nouveau-né apparu le 3e jour.

181. 35 ans. Avort. de 6 semaines, accid. de voyage. Rétent. part. des membranes.

182. 31 ans. Durée d'exp. 3 h. G. 4.100 gr. Coryza intense Σ probable.

213. 31 ans. Stérilité volont. Durée tot. 5 h. 1/2. F. 3.000 gr. Rét. part. des membranes. Infect. puerp. Crevasses du sein gauche.

248. 30 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 7 h. 15. F. 2.600 gr. 1 circul.

254. 33 ans. Durée tot. 15 h. G. de 2.300 gr.

267. 34 ans. Durée tot. 58 h. Durée d'exp. 15 h. 1/2. Inert. utér. Présentation du siège. Embryotomie. Rupture de l'anse du cordon. Impossible d'extraire la tête dernière. F. 2.800 gr., morte pendant le trav. Infect. puerp.

274. 32 ans. Durée tot. 3 h. 10. G. 2.700 gr.

275. 30 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 13 h. Déchir. périn. G. 3.370 gr.

Nos

284. 34 ans. Durée tot. 48 h. Durée d'exp. 2 h. F. 2.920 gr.

342. 35 ans. Luxation congén. de la hanche. Albuminurie grav. Durée tot. 11 h. 45. F. 3.350 gr.

394 31 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 22 h. 1/2. Délivrance hémorr. Rétent. part. des membranes. F. 2.600 gr.

403. 31 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 10 h. Rétent. part. des membranes. Mauvaise nourrice. Bassin rachitique. Cypho-scoliose. F. 2.700 gr.

414. 30 ans. Utérus fibromateux. Acc. à 8 mois. Durée tot. 8 h. G. 2.570 gr. Lymphangite des seins.

442. 30 ans. Cypho-scoliose dorsale. Bassin lég. rétréci. Acc. avant terme. Inertie utér. Forceps. Petite syncope et cyanose après l'accouch.

462. 33 ans. Utérus fibrom. Gross. extrant. Kyste de l'ov. - Interv. chirurg.

465. 33 ans. Albuminurie grav. Durée tot. 9 h. 1/4. G. 3.400 gr., présente des ulcérations spécifiques de la plante des pieds, de la bouche et de la peau. Rupt. prémat. de membranes.

477. 39 ans. Mariée tard. Bassin rétréci. Acc. provoqué à 8 mois. Mort du fœtus pendant le travail. Inertie utér. Cranioclasie. Rétent. complète des membranes. Σ ancienne.

514. 36 ans. Utérus fibrom. Durée tot. 13 h. Durée d'exp. 5 h. 50. G. 3.900 gr.

532 31 ans. Accouchement à 8 mois 1/2. Durée tot. 21 h. 35.

572. 30 ans. Vomiss. graves pendant les premiers mois de la grossesse. G. 3.100 gr.

581. 31 ans. Fertilité tardive à cause de la guerre. Durée

Nos

tot. 21 h. 30. Délivr. hémorr. Infect. puerp. Fièvre pendant 17 jours. Mauvaise nourrice.

589. 31 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 49. h. 50. D. d'exp. 8 h. Inertie utér. Délivr. hémorr. G. 3.200 gr.

600. 34 ans. Mariée tard. Œdème des membres inf. pendant la grossesse. G. 3.200 gr.

627. 31 ans. Durée tot. 18 h. Fausses douleurs. F. 3.150 grammes.

686. 30 ans. Utér. fibrom. Durée tot. 32 h. Inert. utér. Forceps. F. 3.900 gr.

692. 39 ans. Albuminurie grav. Durée tot. 14 h. G. 3.450 gr.

721. 30 ans. Durée tot. 38 h. 30. Inert. utér. Forceps. Rétent. part. des membr. Perforation punctiforme de l'hymen. Utérus cordiforme. G. 3.500 gr.

726. 36 ans. Acc. à 8 mois à la suite d'une émotion. Crises épileptiques. Glycosurie pendant la gestation. G. 1.430 gr.

742. 32 ans. Stérilité volontaire. Durée tot. 28 h. 25. Déchirure de la grande lèvre. G. 3.300 gr., mort le 5e jour d'hydroencéphalie anencéphalique.

1920

29. 36 ans. Rupture prémat. des membr. Acc. normal. F. 3.350 gr.

36. 31 ans. Durée tot. 29 h. Rupt. précoce des membr. G. 2.800 gr. Phlegmon du ligament large. Opérée. Guérison.

173. 32 ans. Durée tot. 80 h. Rupt. artif. des membr. Inertie utér. Rigidité second. du col. Mort et

Nos

putréfaction du fœtus. Cranioclasie. Délivr. artif. par manque de rétraction de l'utérus.

180. 30 ans. Acc. av. terme. Rupt. prémat. des membr. F. 2.600 gr.

223. 37 ans. Acc. à 7 mois. Albuminurie grav. Durée tot. 58 h. G. 1.260 gr. Utérus fibrom.

244. 30 ans. Acc. normal. Travail rapide. G. 2.850 gr.

268. 34 ans. Acc. normal. Durée tot. 8 h. 30. G. 3.900 gr.

275. 38 ans. Durée tot. 8 h. Rupt. préc. G. 2.250 gr. Suites incid.

304. 32 ans. Utérus fibrom. Inertie utér. Durée du trav. 6 jours. Mort du fœtus pendant le travail. Cranioclasie. Délivrance hémorr. G. 3.450 gr.

336. 37 ans. Durée tot. 25 h. 30. Durée d'exp. 3 h. Rupt. prémat. Inertie utér. Forceps. Déchir. périn. F. 3.000 gr.

362. 32 ans. Fertilité tard. à la suite de la guerre. Durée tot. 26 h. Durée d'exp. 4 h. Rupt. préc. Présentation du siège. Forceps. G. 3.300 gr.

397. 31 ans. Luxation congén. de la hanche. Bassin vicié. Durée tot. 17 h. Durée d'exp. 5 h. 30. Rupt. prémat. Souffr. fœtale. Insertion basse du placenta.

431. 34 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 15 h. Insertion basse du placenta. F. 2.800 gr. Céphalhématome

406. 32 ans. Durée tot. 19 h. D. d'exp. 3 h. G. 3.900 gr.

510. 36 ans. Cypho-scoliose dorso-lomb. Bassin vicié. Mariée tard. Rupt. préc. Inertie utér. Rigid. second. du col. Rupt. d'un hématome du cordon. Mort du fœtus. Embryotomie. Délivr. hémorr. Eclatement muq.

580. 30 ans. Durée tot. 20 h. 15. Rupt. préc. G. 3.300 gr.

588. 30 ans. Durée tot. 12 h. 15. Déchir. périn. F. 3.000 gr.

Nos

594. 30 ans. Utérus fibrom. Acc. à 8 mois. Durée tot. 10 h. Rupt. prémat. des membr. Insertion basse du placenta. F. 2.400 gr.

602. 35 ans. Stérilité volont. Durée tot. 44 h. 15. Inertie utér. Délivr. hémorr. G. 2.580 gr. Σ constatée. Suites incidentées.

660. 32 ans. Durée tot. 24 h. 30. Rupt. préc. G. 3.640 gr.

614. 30 ans. Avortement de 3 mois de cause inconnue.

681. 32 ans. Coxalgie avec sublux. Bassin vicié. Durée tot. 9 h. G. 3.900 gr.

737. 44 ans. Myxœdème. Vomiss. forts les 4 premiers mois. Albuminurie ancienne. Durée tot. 87 h. Inertie utérine. G. 2.700 gr.

754. 32 ans. Albuminurie grav. Durée tot. 21 h. 30. Rupt. préc. G. 2.600 gr.

777. 32 ans. Rupt. préc. Souffrances fœtales. F. 3.600 gr.

818. 37 ans. Mariée tard. Albuminurie gravid. Durée 81 h. Inertie utér. Souff. fœtale. Forceps. Délivr. hémorr. artif. F. 3.800 gr.

849. 40 ans. Stérilité volont. Durée tot. 14 h. F. 3.100 gr.

851. 32 ans. Présentation du siège. L'enfant naît en mort apparente; impossible de le ranimer; son cœur bat 35 minutes après l'expulsion. G. 3.400 gr.

885. 31 ans. Bassin rétréci. Rupt. prémat. Inertie utér. Rigidité second. du col. Infect. utér. Mort fœt. Hystorotomie vagin. Cranioclasie. Délivr. art. Suture du col. Suites incid.

927. 30 ans. Acc. à 8 mois. Rupt. prémat. F. 2.000 gr. morte le 1er jour de cause inconnue.

934. 30 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Fœtus macéré. F. 2.300 grammes.

936. 37 ans. Mariée tard à cause de la guerre. Utérus

Nos

fibrom. Rupt. préc. Inert. utér. Six applications du forceps. Fœtus mort. Délivr. art. Rétent. part. Infect. puerp.

948. 30 ans. Acc. à 8 mois. Durée tot. 19 h. 30. G. 3.200 gr., mort le 3e jour d'hypertrophie du thymus.

972. 38 ans. Sourde. Utérus fibrom. D. tot. 24 h. Déch. périn. Rétent. part. G. 3.040 gr.

1017. 31 ans. Goître. Acc. à 8 mois 1/2. Albuminurie grav. Durée tot. 24 h. 45. Présent. du siège. G. 2.570. gr.

1921

24. 34 ans. Mariée tard. Durée tot. 18 h. 45. Rupt. du périnée. G. 3.720 gr.

34. 32 ans. Acc. à 8 mois 1/2. Albuminurie grav. Durée tot. 73 h. Inertie utér. F. 2.500 gr., morte le 4e jour de cause inconnue.

40. 35 ans. Durée tot. 21 h. D. d'exp. 3 h. Déch. périn. G. 3.960 gr.

66. 30 ans. Inertie utér. Forceps. Rupt. du cordon. F. 3.000 gr.

121. 32 ans. Acc. à 7 mois 1/2. Durée tot. 9 h. G. 2.070 gr.

124 bis. 36 ans. Mariée tard. Utérus fibrom. Durée tot. 46 h. 35. Inertie utér. Souff. fœtale. Terminaison spontanée. F. 3.320 gr.

143. 32 ans. Stérilité à la suite d'une affection des organes génitaux. Utérus fibrom. Durée tot. 43 h. 30. Inertie utér. F. 3.650 gr.

234. 30 ans. Acc. à 8 mois. Durée tot. 14 h. 40. G. 2.100 gr., mort pendant le travail. Suites incid.

267. 37 ans. Mariée tard. Tumeur blanche du genou guérie. Mal de Pott dorso-lomb. en évolution.

Nos

Bassin rétr. Acc. à 8 mois. Durée tot. 7 h. 20. F. 1.115 gr., morte le 5e jour.

387. 35 ans. Mariée tard. Présentation du siège. Rupt. préc. Inertie utér. Rétention de la tête dernière. Enfant mort pndant l'extraction. Déch. périn. F. 3.500 gr.

398. 40 ans. Albuminurie grav. Durée tot. 10 h. 30. Déchir. périn. G. 3.400 gr.

515. 35 ans. Acc. rapide. Durée tot. 6 h. G. 3.480 gr.

549. 35 ans. Rétréciss. du bassin avec aplatiss. simple du détroit sup. Mariée tard. Acc. à 8 mois 1/2. Rupt. prénat. Durée du travail 5 jours environ. Inertie utér. Mort du fœtus. Dilatation stationnaire. Craniotomie. Cranioclasie. Rét. de membr. Suites incid. F.

568. 34 ans. Goître kystique. Durée tot. 9 h. 30. Lig. vert. Forceps. Cephalhématose. Déch. pér. G. 3.080 gr.

576. 32 ans. Acc. normal. Durée tot. 26 h.30. F. 3.600 gr.

602. 30 ans. Durée tot. 21 h. 40. Eclatement muq. G. 4.000 gr.

626. 30 ans. Mariée tard. Durée tot. 24 h. 30. Rupt. préc. G. 3.000 gr. Périphlébite suivie de phlébite prof. à la jambe g. et ensuite à la jambe droite.

646. 36 ans. Pyelonéphrite méconnue jusqu'à l'acc. Inert. utér. Forceps. Dystocie des épaules. Rétention part. de membr. Suites incid. G. 3.510 gr.

673. 36 ans. Durée tot. 25 h. 30. Inertie utér. Forceps. G. 2.720 gr.

685. 34 ans. Durée tot. 19 h. Eclatements muq. G. 3.500 gr.

Nos

696. 32 ans. Cypho-scoliose. Rupt. prémat. Durée tot. 27 h. G. 2.100 gr.

708. 32 ans. Durée tot. 29 h. 15. F. 3.650 gr. Suites inc.

786. 32 ans. Acc. à 7 mois. D. tot. 9 h. Rupt. préc. Déchir. de petites lèvres. F. 1.800 gr.

788. 32 ans. Mariée tard. Acc. à 8 mois 1/2. Albuminurie gravid. Grossesse gemellaire. Déchir. périn. 4 agrafes. 2 G. 2.980 gr. et 2.700 gr.

849. 34 ans. Acc. av. terme. Durée tot. 11 h. 30. Rupt. préc. Forceps. Déchir. périn. F. 3.160 gr., morte le 2e jour d'hématémèse.

948. 30 ans. Durée tot. 10 h. 10. Rupt. prémat. Déchir. pér. F. 3.680 gr.

1056. 42 ans. Utérus fibrom. Acc. à 8 mois 1/2. Durée tot. 22 h. Forceps. Enfant de 3.950 gr. 1re grossesse a abouti à un avortement.

1113. 42 ans. 1er rapport à 41 ans. Utérus fibrom. Acc. à 8 mois. Durée tot. 18 h. D. d'exp. 3 h. 15. Forceps. Déchir. pér. F. 2.650 gr. Suites inc.

1922

3. 32 ans. Mariée tard. Utérus fibrom. Vomiss. pendans toute la durée de la gross. Durée tot. 36 h. Souffr. fœtale. Forceps. Episiotomie latér. g. F. 2.590 gr.

110. 31 ans. Durée tot. 40 h. Délivr. hémorr. Eclat. muq. G. 3.860 gr.

245. 36 ans. Albuminurie grav. Durée tot. 68 h. Inertie utér. Forceps. Episiotomie bilat. G. 3.700 gr.

269. 32 ans. Tumeur bl. du pied gauche dans l'enfance. Mariée tard. Durée tot. 46 h. Gross. gem. Rupt. préc. Inertie utér. Forceps pour le 1er fœtus. mort pendant le travail. Le 2e enfant,

Nos

F. 2.150 gr., présente de l'hémorragie conjonctivale. Inf. puerp.

390. 31 ans. Durée tot. 29 h. Déchir. périn. Suites inc. F. 3.000 gr.

424. 36 ans. D. tot. 25 h. Rupt. prémat. Déchir. périn. Délivr. hémorr. G. 3.045 gr.

445. 31 ans. Délivr. après 2 h. 05. G. 3.600 gr. Suites incid.

450. 35 ans. Durée tot. 17 h. Episiot. latér. g. Délivr. hémorr. G. 3.300 gr.

507. 36 ans. Rupt. prémat. Inertie utér. Mort du fœtus. Putréf. du liquide. Dilatation mammelle. Cranioclasie. Dystocie des épaules. F. 3.100 gr.

567. 31 ans. Utérus fibrom. Acc. à 7 mois. Gross. gem. Vomiss. pendant toute la durée de la gross. Albuminurie grav. Œdème des membres inf. Sphacelle vulvaire. 2 filles de : 2.270 gr. et 1.450 gr. Suites incid.

643. 39 ans. Durée tot. 113 h. 30. D. d'exp. 4 h. 45. Présentation du siège. Inertie utér. G. 3.340 gr.

671. 35 ans. Durée tot. 39 h. Inertie utér. Forceps. Déchir. périn. F. 3.670 gr.

678. 45 ans. Durée tot. 10 h. 45. Souff. fœt. Forceps. F. 3.300 gr.

713. 36 ans. Durée tot. 10 h. 30. Acc. normal. F. 3.200 gr.

757. 31 ans. Durée tot. 28 h. F. 3.480 gr. Suites norm.

841. 31 ans. Durée tot. 17 h. F. 2.980 gr. Eclatement muq.

910. 35 ans. Stérilité à cause de la guerre. Durée tot. 49 h. 10. D. d'exp. 2 h. 35. Rupt. préc. Inertie utér. Forceps. Déchir. périn. F. 4.000 gr.

921. 30 ans. Durée tot. 67 h. 55. Inertie utér. 1 circul. serré. Physiométrie. Déchir. périn. Délivr. hémorr. Infection du ligament large.

Nos

923. 34 ans. Durée tot. 17 h. 15. Acc. normal. F. 3.100 gr.

1005. 32 ans. Durée tot. 6 h. 20. Forceps. Rétent. part. G. 3.700 gr.

1010. 31 ans. Bassin lég. rétréci. Durée tot. 6 h. 30. G. 3.000 gr.

1030. 31 ans. Vomiss. pendant longtemps. Inertie utér. Forceps. Enfant mort à la naiss. Incis. cerv. Physiométrie. Dystocie des épaules. Inf. puerp. G. 4.100 gr.

1080. 30 ans. Anémique pdt 10 ans. Durée tot. 28 h. 40. Forceps. Rupt. prémat. Déchir. périn. 7 agrafes 1 crin. F. 3.970 gr.

1084. 30 ans. Lenteur du travail. Forceps. Eclat. muq. G. 2.540 gr.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les causes qui entraînent une primiparité tardive, il faut invoquer : *a*) l'influence relative de la fonction ovarienne; *b*) les vices de conformation du bassin et de la colonne vertébrale, plus fréquentes chez les primipares âgées et constituant un obstacle à l'exercice du coït; *c*) les causes sociales; *d*) la Grande Guerre ayant augmenté la proportion des primipares tardives.

II. — L'utérus devient fibromateux à la suite de la stérilité primaire prolongée, d'où sa fréquence chez les vieilles primipares; mais il n'a pas d'influence défavorable sur la conception et la gestation évoluant normalement.

III. — Les accouchements prématurés s'observent plus fréquemment chez les primipares âgées.

IV. — Les présentations du siège et les grossesses gemellaires se voient dans des proportions plus fortes.

V. — Les complications gravidiques qui se rencontrent plus souvent chez les primipares âgées que chez les autres primipares sont : l'albuminurie et les vomissements graves.

VI. — La durée du travail est plus longue dans

l'ensemble, comparativement à celle des jeunes primipares. Elle reconnaît pour cause : l'inertie utérine.

VII. — Les interventions sont plus fréquentes; c'est le forceps qui est le plus souvent appliqué.

VIII. — Les déchirures périnales sont plus fréquentes; elles s'expliquent par les nombreuses interventions.

IX. — Les cas de délivrances hémorragiques et artificielles sont plus fréquents à la suite de l'inertie utérine.

X. — Dans le post-partum, la morbidité maternelle ne semble pas considérablement augmentée chez les primipares âgées. La mortalité maternelle n'est pas influencée par l'âge de la primipare. Le pronostic maternel est plutôt favorable.

XI. — La primiparité tardive semble favoriser la procréation des garçons, mais elle entraîne une diminution du poids de l'enfant.

XII. — La morbidité et la mortalité infantiles sont plus élevées chez les primipares âgées. Cela tient à la plus longue durée du travail et aux traumatismes obstétricaux.

Vu :
Le Président de la Thèse,
Nancy, le 25 juin 1923.
A. FRUHINSHOLZ.

Vu :
Le Doyen,
Nancy, le 25 juin 1923.
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 26 juin 1923.
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM.
MEMBRE DE L'INSTITUT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AHLFELD. — *Archiw. f. Gynec.*, 1872, t. IV, page 510.

BALARD. — *Journ. de Médecine de Bordeaux*, 6 juillet 1913.

BIDDER. — Ueber den Einfluss des Alters der Mutters auf das Geschlecht des Kinders. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, B. II, Heft. 2, 1878.

— Die Kristeller'sche expression in der Errœfnugsperiode etc. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, B. II, H. 2, p. 267.

BIGEN. — Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées. — Th. de Paris, 1900.

BLANCHARD. — Torsion du pédicule de fibromes utérins sous-séreux pendant la grossesse. — Thèse de Paris, 1907.

BONNEDAME. — Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées. — Th. de Paris, 1911.

BOUDIN. — De l'influence de l'âge relatif des parents sur les enfants. — *Académie des Sciences*, 1863.

CAILLODS. — Grossesse et l'accouchement chez les primipares âgées. — Th. de Paris, 1908.

CHARPENTIER. — *Traité pratique des Accouchements*, t. I, p. 301.

CHRISTITCH. — De la signification du petit fibrome utérin dans ses rapports avec la stérilité et la puerpéralité. — Thèse de Nancy, 1921.

COCCIO. — De l'innocuité relative des accouchements chez les primipares âgées. — Th. de Paris, 187[illegible].

Cohnstein. — *Archiw. f. Gynec.*, t. IV, 1872, p. 499.

Courtade. — De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. — Th. de Paris, 1884.

Desormeaux et Dubois. — Article accouchement du dictionnaire en 30 vol. — Paris, 1860.

Dieterlen. — De l'accouchement naturel chez les primipares âgées. — Th. de Paris, 1882.

Dionis. — *Traité d'Accouchement*, 1721.

Doleris. — Considération sur la rigidité de l'orifice utérin pendant le travail. — *Archives de Tocol.*, 1885.

Dubé. — De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares. — Th. de Paris, 1896.

Dubois (P.). — *Gazette des Hôpitaux*, 1868.

Eckhardt. — Prognose und sherapie der Gebeuten alter Erstgebarender, 1887. — *Zeitschr.* 1887 *f. Geb. u. Gyn.*, B. XIV, p. 44.

Gaché. — L'accouchement chez les primipares âgées. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1905, t. II, 2e s., p. 719.

Gottschalk. — Ueber die Histogenese und Acteïologie des Uterus myoma. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1894, nº 44, p. 1017 et *Ann. de Gyn.*, 1896, p. 343.

Gusserod. — *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgard 1878.

Hartmann et Yakchitch. — *Ann. de Gynéc.*, 1918.

Hofmeier. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1984, et *Congrès intern. de Méd.* — Paris, 1900.

Hortan. — Sur les effets de l'atropine pour diminuer les douleurs et abréger la première période du travail. — *Amer. Jour. of obst.*, juillet 1878, p. 482.

James Braitwete. — De l'emploi des doigts pour la dilatation pendant le travail. — *Britisch med. Journ.*,

12 avril 1879, et *London obst. transac.*, vol. XXI, 1880, p. 38.

Kleinwachter. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. X, 1884.

Mme Lachapelle. — *Pratique des Accouchements*, 1er mémoire. — Paris, 1821, p. 50.

La Motte (de). — Tr. complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. — Paris, 1745, 2 vol., tome 1, p. 385.

Le Chuiton. — Contrib. à l'histoire obstétricale de primipares âgées. — Th. de Bordeaux, 1921.

Lefour. — Thèse d'agrégation de Paris, 1889, p. 81.

Liebmann. — Klinik Beabachtungen ueber Dammrupturen. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, B. I, H. 2.

Lœhlein. — Congrès de la Société allemande de Gynéc., — Mai 1891.

Mauriceau. — Tr. des maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouché. — Paris, 1740, t. I, p. 260.

Michel (G.). — Société d'Obstétr. et de Gynéc. de Nancy. — Séance du 17 févr. 1920.

Moreau, Nœgelé et Greuser. — *Tr. pratique d'Accouchement*, 8e édition, p. 674.

Mosman. — De la dilatation préliminaire de l'orifice vaginale, etc. — *Amer. Journ. of. Obst.*, vol. XIII, 1880, p. 568.

Oderbrecht. — Nouevau procédé de dilatation du col pend. le travail. — Berlin, *Klin. Wochenbl.*, no 19, 1879, p. 80.

Oui. — *Revue pratique d'Obstétr. et de Chirurgie*, septembre-octobre 1876.

Pajot. — *Obstétrique et Gynécologie.*

Payey-Noguez. — Thèse de Bordeaux, 1913.

Restini. — De la quinine comme ocytocique. — *Virginia med. Monthly*, mars 1877.

Rumpe. — *Archiw. f. Gynec.*, t. XX, 1882.

Schramm. — *Archiw. f. Gynec.*, t. IX, 1876.

— Influence de l'âge des parents sur les sexes des enfants, 1875.

Soledo. — Rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, etc. — Paris, 1890.

Steinmann. — Accouchements et suites de couches chez les primipares âgées. — Th. Paris, 1881.

Tarnier et Chantreuil. — *Tr. d'Accouchements*, p. 695.

Treub. — Du fibrome utérin. — *Ann. pratique de l'Art des accouchements*, Paris, 1907.

Truzzi. — *Primipare attempate.* — Milan, 1889.

Tucke. — *Edimbourg Med. Journ.*, 1865.

Varnier. — *Pr. d'Obstétrique journalière*, 1900, p. 175.

— Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical, 1885.

Veil. — *Krankheit der Weiblichen Geschl.*, 1867.

Verrier. — Contrib. à l'étude des accouchements chez les primipares âgées. — *Gaz. obst.*, 5 mars 1878.

Zeitz. — *Munch. med. Wochenbl.*, B. IV, 1911, p. 1281.

Nancy. — Imprimerie Nancéienne, 15, rue de la Pépinière.